FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE
Série 6 DE BORDEAUX N° 7

RASH
ET
PURPURA VARIOLIQUE

THÈSE
POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le 4 Février 1884

PAR

LÉON CABANES

ANCIEN INTERNE DES HOPITAUX DE TOULOUSE

Né à Brassac (Tarn), le 4 novembre 1855

Examinateurs de la Thèse : MM. De FLEURY, Président.
BADAL, Professeur.
ARNOZAN, DUDON, Agrégés.

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

TOULOUSE
IMPRIMERIE VIALELLE ET Cie, RUE TRIPIÈRE, 1
1884

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE
Série 6 DE BORDEAUX N° 7

RASH
ET
PURPURA VARIOLIQUE

THÈSE
POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le 4 Février 1884

PAR
LÉON CABANES
ANCIEN INTERNE DES HOPITAUX DE TOULOUSE
Né à Brassac (Tarn), le 4 novembre 1855

Examinateurs de la Thèse : MM. De FLEURY, Président.
BADAL, Professeur.
ARNOZAN, DUDON, } Agrégés.

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

TOULOUSE
IMPRIMERIE VIALELLE ET Cie, RUE TRIPIÈRE.
1884

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE BORDEAUX

M. DENUCÉ.....Doyen

PROFESSEURS :

Anatomie	MM.	BOUCHARD.
Physiologie		ORÉ.
Physique		MERGET.
Chimie		MICÉ.
Histoire naturelle		GUILLAUD.
Pathologie générale		VERGELY.
Pathologie interne		DUPUY.
Pathologie externe		AZAM.
Anatomie pathologique		COYNE.
Histologie et anatomie générale		VIAULT.
Médecine opératoire		MASSE.
Pharmacie		FIGUIER.
Thérapeutique		De FLEURY.
Hygiène		LAYET.
Médecine légale		MORACHE.
Médecine expérimentale		JOLYET.
Matière médicale		PERRENS.
Clinique médicale		PITRES. PICOT.
Clinique chirurgicale		DENUCÉ. LANELONGUE
Clinique obstétricale		MOUSSOUS.
Clinique ophthalmologique		BADAL.

AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM. ARNOZAN	MM. LEFOUR	MM. TESTUT
RONDOT	PIÉCHAUD	CARLES
ARTIGALAS	LAGRANGE	PÉRIER
LANDE	DUDON	BLAREZ
SOLLES	DEMONS	BERGONIÉ
BOURSIER		
ARMAINGAUD		

MAITRES DE CONFÉRENCES

Physique.....	MM. BERGONIÉ	Histoire naturelle.	MM, PÉRIER.
Chimie.....	CARLES	Accouchements...	LEFOUR.

CLINIQUES ANNEXES

Clinique médicale des enfants	MM. NÉGRIÉ.
Clinique chirurgicale des enfants	BITOT.
Maladies vénériennes	VENOT.
Maladies mentales	TAGUET.

Le Secrétaire de la Faculté, F. LAMBERT DES CILLEULS.

La Faculté a arrêté que les opinions émises dans les thèses qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leur auteur ; elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

À mon Père -- À ma Mère

À ma Sœur

À mon Oncle Paul Vieu -- À ma Tante

À ma Filleule Jeanne

À mes Maitres dans les Hopitaux
et a l'École de Toulouse

À mes Collègues de l'Internat de Toulotse

À mon Ami André Chaubart

À mon Président de Thèse

M. LE PROFESSEUR DE FLEURY

INTRODUCTION.

L'épidémie de Variole, qui sévit à Toulouse depuis plus d'un an, a présenté des particularités fort remarquables.

C'est dans la période d'invasion que se sont montrés les cas qui ont le plus vivement frappé mon attention. Il m'a paru intéressant de donner la relation de ceux que j'ai observés et de ceux qu'on a bien voulu me communiquer.

L'interprétation de chacun de ces faits pris isolément aurait été fort difficile, sinon impossible. Mais l'existence de l'épidémie de variole, ne laisse aucun doute sur leur nature : ce sont là des *purpuras varioliques*.

On s'étonnera peut-être de me voir préférer ce terme à celui de *variole hémorrhagique d'emblée* qui aurait été choisi par la plupart des observateurs. On trouvera dans le cours de ce travail les raisons qui me l'ont fait adopter.

La question des éruptions prééruptives dans la variole est à peine jugée. Les classiques sont d'un laco-

nisme remarquable sur la nature, le diagnostic et le pronostic de ces éruptions.

Quant à l'interprétation des faits observés, les auteurs ne s'entendent guère : tandis que les uns englobent dans les *rash* des faits de purpura bien manifestes, d'autres au contraire considèrent comme accidents hémorrhagiques très-graves de simples efflorescences sans signification pronostique.

J'ai donc voulu présenter aussi fidèlement que possible les diverses opinions qui se sont produites sur un sujet aussi important, en signalant les divergences qui m'ont paru les plus remarquables. Je ne ferai l'histoire complète ni des *rash* ni des purpuras. Je me contenterai de retracer leur physionomie clinique, la seule partie qui se rattache directement à mon sujet.

Qu'il me soit permis d'exprimer ma reconnaissance à M. le Professeur Saint-Ange et à M. le docteur Jougla pour les excellents conseils qu'ils ont bien voulu me donner au sujet de ce travail.

J'adresse aussi mes remerciements à MM. Jougla, Cadène, Bouissou, Rey, Bezy, Chabaud et Laffont qui m'ont communiqué leurs observations.

I

DES RASH

Les exanthèmes qui précédent ou accompagnent l'éruption de la variole n'avaient pas échappé à l'attention des premiers observateurs. Sydenham, Morton, Borsieri les signalent incidemment.

Les efflorescences, considérées le plus souvent par ces auteurs comme un signe de malignité, paraissent avoir été plus rares autrefois qu'elles ne le sont aujourd'hui ; on les considérait ou bien comme une sorte d'escarmouche précédant l'attaque éruptive ou comme une éruption d'une autre nature venant surajouter sa gravité à celle de l'éruption principale.

Les premières descriptions précises du *rash* variolique nous sont données par les auteurs anglais. C'est en Angleterre, en effet, que les inoculations varioliques ont été pratiquées tout d'abord.

C'est Dimsdale qui, le premier, en 1772, a signalé les exanthèmes prééruptifs de la variole et les a désignés sous le nom de *rash*. Cependant Brillouet (*Journal de médecine*, 1783 1784) confond le *rash* avec la variole. La croyance à la coexistence des fièvres éruptives persista d'ailleurs longtemps ; les observations de Rostan, Rilliet et Barthez, etc., en font foi ; d'ailleurs, de nos jours encore, quelques auteurs relatent des faits de prétendue simultanéité de fièvres éruptives (J. Herzog, Wolberg, in Berlin Klin. Woch. 1882).

Pearson, Willan et Batemau ont donné du *rash* des descriptions reproduites par Rayer.

En France, Dezoteux et Valentin lui consacrèrent des pages fort intéressantes.

De 1800 à 1850, durant cette période que l'on pourrait appeler

l'âge d'or de la vaccine, les épidémies de variole cessèrent : le *rash* fut presque oublié.

En 1849, Faivre publie une thèse dans laquelle il admet la coexistence de la rougeole, de la variole, de la scarlatine et du purpura. M. Moreau, au contraire, rattache ces exanthèmes à la variole.

En 1860, M. Almeiras, dans sa thèse inaugurale, considère les *rash* scarlatiniformes comme des entités morbides ayant leur existence propre, précédant l'éruption variolique. Trousseau parle dans ses Cliniques d'éruptions morbilliformes ou scarlatiniformes qui font partie des prodromes de la variole. Il déclare que c'est dans la varioloïde surtout qu'on les observe. A ce propos, le médecin de la Charité nie formellement la coexistence de la variole avec la rougeole ou la scarlatine.

En 1869, une discussion se produit au sein de l'Académie de médecine à propos du pronostic des *rash*. Isambert, Chauffard, Gubler et M. Labbé, qui y prennent part, ne peuvent se mettre d'accord à ce sujet.

En 1870, paraissent les thèses de MM. Hamel et Fauny sur le *rash* variolique. En 1874, M. Lagroux publie, dans le *Dictionnaire de Dechambre*, un article très remarquable sur les *rash*.

Enfin en 1880, M. Barthélemy Toussaint fait paraître une excellente étude : *Recherches sur la variole* où la question des *rash* est traitée avec une compétence et une autorité remarquables.

Ces deux derniers travaux me serviront surtout de guide dans l'étude des *rash*.

Définition. — Le mot *rash* est un terme général qui, d'après Webster, signifie en anglais éruption ou efflorescence sur le corps. M. Legroux accepte entièrement cette définition, et il ajoute que les auteurs anglais se servent de ce mot en lui adjoignant un adjectif destiné à caractériser l'éruption : *variolous rash*, éruption variolique; *red rash*, éruption rouge; *mulberry rash*, éruption muricolore ou framboisée. M. Barthélemy fait observer que chez les auteurs anglais « *variolous rash* » ne signifie pas éruption variolique, mais *rash* dans la variole, ce qui est bien différent. Beaucoup de classiques gardent un silence absolu sur le *rash*, cela tient :

1° à ce qu'il était autrefois plus rare qu'aujourd'hui ; 2° à ce qu'on l'a confondu avec diverses fièvres éruptives. Chauffard (*Société Médicale des Hôpitaux*, 11 juin 1869) les nie et cherche à les englober dans la forme hémorrhagique de la variole.

M. Isambert, répondant à Chauffard, déclare qu'il acceptait le mot *rash*, parce qu'il a cours dans la science, et qu'il n'en connaissait pas d'autre pour exprimer un fait clinique particulier.

La tendance actuelle est opposée à celle que l'on peut constater à l'origine de l'histoire des *rash*. Quelques cliniciens, en effet, sans en faire, avec M. Almeiras, une entité morbide, inclinent encore à les considérer comme une éruption compagne fréquente de la variole, mais non rattachée directement à la variole : c'est une affection dans une maladie, c'est un accident dans la variole.

MM. Jaccoud, Parrot, etc., considèrent, au contraire, les *rash* comme un épiphénomène, un élément de plus dans la variole, c'est, en un mot, un symptôme prodromique de la variole (Barthélemy).

Par *rash*, on doit entendre une éruption épiphénoménale propre à la variole, susceptible de se présenter sous différents aspects, et paraissant le plus souvent pendant les prodromes de la maladie et avant l'éruption caractéristique de l'infection variolique (Legroux).

M. Barthélemy, tout en acceptant cette définition, fait observer que le *rash* n'est pas une éruption dans le sens strict du mot qui vient de *rumpere, faire irruption au dehors*. Le *rash*, en effet, fait à peine saillie à la peau, et ne franchit jamais l'épiderme, comme le montre l'absence constante de desquamation. Le *rash*, au point de vue objectif, est donc une efflorescence, mais non une éruption cutanée ; et comme, d'autre part, il se montre dans le cours de la variole, non pas pourtant, comme l'a dit M. Parrot, pendant l'éruption, mais pendant l'invasion, on ne peut dire qu'il est prévarioli-que, personne n'ayant fait exclusivement consister la variole dans l'éruption. On pourrait donc tout au plus donner au *rash* varioli-que la dénomination d'efflorescence prééruptive.

On voit, d'ailleurs, que ces deux auteurs ne s'entendent pas absolument sur l'époque d'apparition du *rash*, le premier rappor-

tant cet exanthème *ordinairement*, mais non *exclusivement*, à la période d'invasion ; le second ne l'admettant qu'à cette période.

Description. — Époque d'apparition. — L'époque d'apparition du *rash* est assez variable. Il se montre 24, 48, 72 heures après le début des prodromes caractérisés par la fièvre ardente, la courbature, l'anorexie, la soif, les nausées, les vomissements, la rachialgie, etc.

Ni le malade, ni son entourage ne sont avertis de sa présence, l'éruption ne se manifestant par aucun changement dans l'allure de la maladie ; on observe rarement dans les points d'élection une sensation de chaleur et de prurit.

M. Huchard a vu l'efflorescence se produire dans 38 cas : une fois, 24 heures après le premier frisson ; une fois, 36 heures après; cinq fois, le deuxième jour des prodromes ; vingt-deux fois, le troisième; quatre fois, le quatrième. Dans 12 cas observés par M. Briquet, le *rash* est né le deuxième ou le troisième jour. Enfin, dans des cas plus rares, le *rash* ne s'est montré que un jour après l'apparition des premières pustules varioliques (deux cas rapportés par Guéneau de Mussy et par M. Hamel) ou au moment de la fièvre secondaire.

C'est donc ordinairement vers la fin du troisième jour des prodromes que se montre l'efflorescence cutanée. Le développement plus ou moins hâtif de cette éruption ne paraît dépendre ni de la forme de variole, ni de sa gravité ; cependant, M. Desnos considère les *rash* très tardifs, surtout ceux qui surviennent au moment de la suppuration, comme particulièrement liés aux varioles dont le déclin prendra la forme adynamique ou typhoïde

Variétés. — Les *rash* affectent des aspects très divers; pour les classer on a caractérisé chacun d'eux par le nom de l'éruption avec laquelle il a le plus d'analogie. En fait, tous les *rash* dérivent d'un même processus morbide, de l'hyperhémie cutanée à ses divers degrés. Si l'hyperhémie est légère, on a une rougeur faible, fugace ; plus intense, elle donne des taches plus foncées en couleur, plus étendues, plus durables ; poussée à sa limite extrême les capillaires se rompent en quelques points, d'où hémorrhagie interstitielle.

Enfin, la nocuité du virus, la réceptivité du malade peuvent être telles que la nutrition générale est viciée, les globules du sang ont perdu leur cohésion normale, les parois artérielles ont subi une dégénérescence en quelque sorte aiguë, comme dans les variolés noïres ; on voit, soit d'emblée survenir des taches hémorrhagiques et des suffusions sanguines plus ou moins larges ; soit consécutivement, à une première poussée congestive simple se surajouter des ecchymoses étendues et multiples (Legroux). (Nous verrons plus loin que la dernière partie de cette description se rapporte bien plus au purpura variolique qu'au *rash* hémorrhagique proprement dit).

On est ainsi amené à diviser les *rash* en : 1° *rash* hyperhémiques simples, et 2° *rash* ecchymotiques ou purpuriques (Legroux), hémorrhagiques (Jaccoud, Barthélemy).

Dans le premier groupe, on trouve les *rash* morbilliformes, les scarlatiformes, les érysipélateux et les ortiés ou urticants (Gubler, Sée) et les érythémateux ; dans le second, on peut distinguer la forme scarlatineuse et la forme purpurique, pourprée ou framboisée (Legroux).

Dans chacun de ces groupes existe une forme principale à laquelle on peut rattacher les autres : c'est la morbilleuse pour le premier et la scarlatineuse pour le second (Barthélemy).

(Je ferai remarquer que M. Barthélemy est en désaccord avec M. Legroux au sujet du *rash* scarlatiniforme dont il fait le type des *rash* hémorrhagiques, tandis que ce dernier le classe parmi les *rash* hyperhémiques, et cela avec raison, je crois. Je reviendrai, d'ailleurs, sur cette dissidence qui me paraît très importante.)

A

Le *rash* hyperhémique présente une coloration rose ou rosée qui parfois peut passer au rouge et même, plus rarement, affecter une forme plus vive encore, presque carminée. Il est généralisé uniforme sans bourrelet dans la forme érythémateuse ; il n'occupe, quand il est érysipélateux, qu'une région plus ou moins étendue,

la face principalement, détermine une notable tuméfaction du tissu cellulaire sous-jacent et se limite par des bords saillants.

Dans d'autre cas, la rougeur n'apparaît que sur certains points et affecte des formes très variées : plaques, disques, corymbes ordinairement plats (forme morbilleuse), quelquefois surélevés en papules (forme roséolique ou ortiée). Le caractère général des *rash* hyperhémiques, c'est la soudaineté de leur apparition et de leur disparition. Ces *rash* sont généralisés ; ils sont néanmoins fort rares à la face, aux pieds et aux mains.

Le *rash* hyperhémique, qui est l'efflorescence cutanée par excellence, apparaît de bonne heure ; il est très fugace et disparaît subitement ; aussi passe-t-il souvent inaperçu ; il naît le plus souvent par une poussée unique, sur toute la surface du corps, excepté à la paume des mains et à la plante des pieds où il n'aurait jamais été observé.

Le caractère congestif de ce *rash* se démontre aisément par ce fait qu'il disparaît complètement sous la pression du doigt.

Quoique précoce dans son apparition, il ne précède jamais les phénomènes généraux (fièvre, céphalalgie, rachialgie).

Le *rash* morbilliforme se présente sous l'aspect de petites taches rouges, pressées les unes contre les autres, arrondies, de deux à six millimètres de diamètre, dessinant des figures plus ou moins régulières. (Cercles, disques, croissants, etc) ; parfois festonnées, arrondies, déchiquetées : d'où les noms d'*Erythème en corymbes*, *erythema gyratum* qui lui ont été donnés. Ces taches peuvent se fusionner pour former des plaques étalées, faisant peu ou point de saillie à la peau, rappelant entièrement l'éruption de la rougeole. Enfin toutes ces plaques peuvent se fusionner et donner à la peau une rougeur généralisée qui fait dire du malade « qu'il est rouge comme une écrevisse » ; c'est la forme erythémateuse.

D'autres fois, la lésion, tout en restant purement congestive, est moins généralisée ; les taches sont plus régulières, arrondies ou elliptiques, très légèrement saillantes dans leurs parties centrales. Elles ont beaucoup d'analogie avec les taches rosées lenticulaires de la dothiénenterie ou avec l'éruption de la roséole

(*éruption rosacée* de Desoteux et Valentin, *rash rubéolique roséolique*).

Ces taches n'occupent que le thorax, l'abdomen, la racine des membres supérieurs et inférieurs, et ont une préférence marquée pour les genoux et pour les coudes qu'elles ne dépassent pas, mais sur lesquels et autour desquels elles sont groupées en abondance.

Les papules peuvent former des élevures très bombées à bords d'un rouge faible, tandis que le centre est blanchâtre, luisant, semi-transparent : c'est le *Rash ortié*. Il peut, comme l'urticaire vraie, ne se montrer qu'avec des papules d'un rouge jaune assez marqué et sans reflet central. Il occupe ordinairement les poignets, les avant-bras, les épaules et le tronc, et donne lieu à une vive démangeaison. Ici, l'hypérhémie est légère, mais il y a un éréthisme de papilles nerveuses qui se traduit par le prurit intense et par le soulèvement des fibres musculaires lisses de la peau. Ce *rash* ne dure qu'un ou deux jours.

Relativement au *rash* érysipélateux, M. Legroux fait observer que cette variété, signalée par Morton sous le nom de *variole érysipélateuse*, a été observée par Dimsdale dans certaines varioles inoculées et par Sydenham dans les grandes épidémies de 1670, 1671, 1672. Il se demande, d'autre part, si les inoculateurs, en parlant de rash érysipélateux n'ont pas pris pour des *rash*, expression de l'infection générale, la véritable inflammation cutanée qui se développe autour d'une piqûre d'inoculation quelconque, autour et à l'occasion d'une lésion traumatique de la peau. Le *rash* érysipélateux, très rare, est, ainsi que je l'ai dit, ordinairement limité à la face, mais il peut se généraliser. Il dure 24 ou 36 heures et présente au bout de ce temps des plaques ecchymotiques plus ou moins étendues. Il se rattache aux varioles hémorrhagiques ou confluentes graves; il peut faire présager une mort prochaine avant même la pustulation variolique.

Il faut distinguer ce *rash* érysipélateux des cas où la peau offre une rougeur vive au moment de l'éruption variolique (variole congestive); la rougeur du *rash* est plus sombre, elle apparaît plus tôt que la rougeur de la variole congestive, qui, elle, ne se

produit qu'autour des pustules déjà formées et laisse toujours sur les parties latérales de la face des intervalles de peau saine.

On voit que le *rash* érysipélateux est une forme assez indécise et qui demande pour être classée de nouvelles observations (Legroux).

Toutes ces variétés ne sont que des aspects divers d'une seule et même lésion, créée par l'intoxication variolique et ne doivent pas être placées dans des cadres aussi distincts les uns des autres, que l'ont fait certains auteurs (Hamel, Fauny, etc).

Les taches sont en effet toujours les mêmes, répondent à une même distension capillaire et à un mécanisme identique, quelles que soient leur abondance, la régularité de leur disposition ou leur dissémination capricieuse (Barthélemy).

Néanmoins les restrictions de M. Legroux à propos du *rash* érysipélateux paraissent être basées sur la réalité des faits observés et infirment un peu la généralisation de M. Barthélemy.

Les *rash* hyperhémiques arrivent rapidement à leur apogée, sont très fugaces, et durent rarement 36 heures, le plus souvent 24, quelquefois 12 heures seulement. Ils disparaissent tout à coup ou graduellement, s'effaçant d'abord sur le tronc, et ne persistant qu'à la face externe et postérieure des avant-bras, où ils prennent la teinte rose thé; ils pâlissent de plus en plus et s'effacent derrière l'éruption propre de la variole. On les a vus rarement être suivis de desquamation (Legroux).

Durant l'évolution du *rash*, le malade a la fièvre, la face est vultueuse, les yeux brillants, parfois injectés et larmoyants, le corps couvert de taches semblables à celles de la rougeole. Le lendemain il est parfois impossible de retrouver la moindre trace exanthématique.

Au lieu de l'efflorescence qui couvrait la surface cutanée on est tout étonné de voir l'état normal troublé seulement par quelques rares pustules varioliques. C'est, en effet, quelques heures avant la papulation spécifique que disparaît le *rash* morbilleux.

D'autres fois, il s'est montré de très bonne heure, et il a disparu 24 heures avant l'éruption ; mais, vers son déclin, s'est montré le *rash* scarlatinoïde, qui lui est quelquefois associé.

Les pustules varioliques se montrent aussi abondantes, mais non pas davantage, sur les points qui ont été occupés par le *rash* morbilleux que sur toute autre partie du corps.

On a signalé quelques anomalies du *rash* hyperhémique. M. Sée (*journal de Lucas-Championnière*, 1875) donne l'observation d'un *rash* rubéolique qui occupait d'abord la face, c'est même par la face qu'il débuta ; il s'étendit ensuite de là à la région supérieure du tronc, mais atteignit à peine la ceinture ; il dura pendant cinq jours. Un autre *rash* présenta la réunion de tous les caractères des autres variétés : les taches avaient les formes de lentilles, de corymbes, de croissants, de demi-cercles, de disques, de cercles complets, de segments de cercles, de papules à bords festonnés, dentelés, crénelés, étoilés, déchiquetés ; ces taches tranchaient sur la peau saine par une rougeur réticulée, dans d'autres points par une rougeur diffuse, ailleurs par une rougeur uniforme. Celle-ci avait les tons les plus variés allant du rose pâle au rouge jus de framboise.

La rougeur du *rash* hyperhémique doit être bien séparée de la rougeur congestive qui précède l'apparition des papules varioliques. Il est certain que si l'on commettait cette confusion il faudrait dire que les papules se montrent sur le lieu même que l'hyperhémie vient d'occuper, tandis que, d'après M. Barthélemy, qui fait autorité en cette matière, les papules ne sont ni plus ni moins nombreuses sur les points occupés par le *rash* hyperhémique.

B

Le *rash* hémorrhagique proprement dit, ou purpurique (Legroux), est primitif ou secondaire.

Primitif, il se développe sous forme de taches de purpura de un à quatre ou cinq millimètres de diamètre, rouges foncées, ne s'effaçant pas à la pression, persistant pendant le cours de l'éruption variolique et occupant les régions inguinales, les cuisses, les avant-bras, la partie antérieure du tronc. Ce *rash* purpurique d'emblée est lié aux varioles hémorrhagiques et est bientôt suivi

d'ecchymoses plus ou moins étendues ou d'hémorrhagies par les muqueuses. Il est accompagné d'un état général grave et au moment même de son apparition on peut constater déjà que les urines sont albumineuses.

Le *rash* purpurique est secondaire quand il vient se surajouter à un des *rash* érythémateux simple ou mixte. C'est, en général, avec le *rash* scarlatiniforme généralisé qu'on le voit se développer. Peu après l'apparition du *rash* scarlatiniforme et sa généralisation, on voit naître des pétéchies dont les unes sont du volume d'une tête d'épingle, dont les autres sont plus larges et peuvent, en s'étendant, former de larges ecchymoses; ces taches ecchymotiques se répartissent alors non-seulement sur le fond rouge du *rash* primitif où elles sont plus abondantes, mais aussi sur les parties de la peau qui n'avaient pas été envahies, puis elles s'étendent, se multiplient et persistent après la disparition de la rougeur scarlatiniforme, laquelle laisse une teinte bronzée de la peau.

Les *rash* purpuriques se comportent à la façon des ecchymoses, c'est-à-dire qu'ils s'éteignent en passant par les teintes décroissantes des épanchements sanguins dermiques, et cela en un temps assez long; la papulation variolique ne se produit que difficilement sur la place occupée par le *rash* pétéchial, en raison probablement de l'impossibilité de la migration des leucocytes à travers les alvéoles de la couche de malpighi, qui ont été préalablement remplis par les globules rouges (L. Colin).

On a encore décrit une variété très atténuée de *rash* hémorrhagique, sous le nom de *Taches vineuses rash*, qui serait caractérisé par de petites taches de deux à quinze millimètres de diamètre, plus ou moins régulières, très légèrement déprimées et d'une couleur ardoisée ou livide. M. Quinquaud dit les avoir observées dans les varioles hémorrhagiques aussi bien que dans les varioloïdes.

Telle est la description que donne M. Legroux des *rash* hémorrhagiques.

Il me paraît certain que la plupart de ces prétendus *rash* doivent être distraits du cadre où les a placés M. Legroux, pour être rattachés au purpura variolique.

D'ailleurs, nous allons voir que cette interprétation des faits est pleinement justifiée par la description de M. Barthélemy : « Le *rash* hémorrhagique, dit cet auteur, est de beaucoup le plus fréquent; il est le plus souvent partiel et limité à la racine des membres pelviens. Il est constitué par un piqueté miliaire sans élevure ni saillie appréciable à l'œil ou au doigt. Ces points granités peuvent être relativement larges et bien isolés les uns des autres, ou bien très petits, très serrés, presque confluents.

« La région criblée peut avoir une teinte simplement rouge ou aller jusqu'au rouge vif écarlate. La coloration est, le plus souvent, purpurique, carminée, scarlatinoïde, d'un rouge sombre violacé, lie de vin, ardoisé, presque noir, selon les moments, selon l'apparition plus ou moins récente, selon que les hémorrhagies miliaires sont ou non entourées d'une zone congestive.

« Nous avons vu que le *rash* hyperhémique n'est qu'une congestion, ce qui explique la soudaineté de son apparition et de sa disparition. Le *rash* hémorrhagique arrive toujours très rapidement, sinon d'emblée, à l'hémorrhagie en même temps qu'à la congestion. Cette hémorrhagie peut être légère, modérée ou très forte, et aller jusqu'à la décoloration complète de la couche profonde de l'épiderme. De là vient que la coloration ne s'efface pas à la pression du doigt, qu'elle prend peu à peu toutes les teintes de l'ecchymose et qu'elle dure assez longtemps avec une intensité graduellement décroissante. Le *rash* hémorrhagique est partiel, localisé aux aines, aux régions internes et postérieures des cuisses, aux régions pelviennes et hypogastriques, aux parties latérales du tronc où il forme deux étroits rubans, aux aisselles, aux plis du coude, à la face antérieure des poignets, au creux poplité et, en un mot, à tous les points où, la face exceptée, la peau est fine, blanche et douce.

« Le *rash* hémorrhagique se montre plus tard que le *rash* hyperémique : vers le quatrième jour de la maladie, vers la fin de la période d'invasion. De plus, il dure beaucoup plus longtemps que le *rash* morbilliforme et n'est pas éphémère comme lui.

« Il ne mérite pas aussi bien que le morbilleux le nom d'efflorescence cutanée que lui ont donné les anciens auteurs; il est né

d'une lésion matérielle et persistante de la peau ; il rappelle assez bien l'éruption scarlatineuse. »

Il faut convenir que la comparaison de M. Barthélemy n'est pas très heureuse. Comment, vous dites que le *rash* hémorrhagique rappelle assez bien l'éruption scarlatineuse ! Depuis quand l'exanthème scarlatineux a-t-il été classé parmi les hémorrhagies cutanées ?

On s'explique aisément que M. Legroux ait compris le *rash* scarlatiniforme parmi les *rash* hyperémiques. On peut objecter, il est vrai, que les taches de ces *rash* disparaissent incomplètement par la pression ; mais n'en est-il pas ainsi dans le *rash* ortié, que tous les auteurs classent parmi les *rash* hyperémiques ? Et, quant au point central dont je parlerai tout à l'heure, point analogue à une piqûre de puce, son importance me semble être bien moindre que celle de la plaque rouge hyperémique qui l'entoure. D'ailleurs, ce point n'a ordinairement aucune tendance à s'agrandir ni à se transformer en ecchymose plus large comme les taches du *rash* hémorrhagique de M. Legroux. Enfin, dans les cas où cette tendance est manifeste, il me paraît convenable de l'appeler *rash* purpuroïde, *rash* purpurin, mais la qualification de *rash* scarlatiniforme ne saurait lui convenir.

Ainsi, d'une part, M. Legroux rattache au *rash* hémorrhagique des lésions cutanées qui sont plus que cela ; et, d'autre part, M. Barthélemy classe, parmi ces mêmes *rash*, des exanthèmes qui sont bien plus congestifs qu'hémorrhagiques.

Il existe donc de nombreuses raisons pour classer le *rash* scarlatiniforme parmi les hyperhémiques ; d'autre part, il faut convenir que ce *rash* présente, avec ces derniers, des différences assez tranchées pour que cette classification ne paraisse pas absolument légitime ; il vaut donc mieux le décrire dans un chapitre spécial.

C

Du « rash » scarlatiniforme.

Le *rash* scarlatiniforme, le plus fréquent de tous, est caractérisé par une rougeur diffuse, de teinte cramoisie, framboisée, disparaissant incomplètement par la pression du doigt, parsemée quelquefois d'un pointillé fin, plus foncé, comparable à d'innombrables piqûres de puce. M. Barthélemy n'admet cette dernière comparaison qu'en faisant quelques réserves; il fait remarquer que la puce fait chez quelques individus des piqûres insignifiantes, alors que chez d'autres elle produit des papules dures, saillantes, étendues, en tout point analogues à celles de l'urticaire. Il convient donc de dire que le pointillé de ce *rash* est constitué par de petites taches fines et serrées, arrondies pour qui les voit de loin, étoilées pour qui les regarde de près. Les plaques rouges, disposées en zones étendues, sont limitées brusquement et sans transition, sans bourrelet saillant; cependant, on trouve sur ses confins quelques petites macules rouges, de même teinte, isolées, de diamètre variable, séparées de la zone rouge par des intervalles de peau saine. A la surface des zones scarlatiniformes on rencontre quelquefois, dit M. Legroux, une éruption de vésicules très petites remplies de sérosité limpide analogue à celle de la miliaire.

M. Barthélemy nie l'existence de ces vésicules ; il en fait même un élément de diagnostic différentiel entre le *rash* scarlatiniforme et la scarlatine : « Les *rash* scarlatiniformes ne se recouvrent pas comme l'éruption scarlatineuse de vésicules miliaires. »

Les morsures de puce seraient tellement multipliées en certains points, et seraient placées tellement près les unes des autres que l'aréole rose ou rouge qui entoure le point lésé ne pourrait se former et qu'elles se confondraient avec celles du voisinage (Barthélemy).

On remarquera la forme dubitative de la phrase précédente; il est facile de voir, d'ailleurs, que ces mots : « *l'aréole rose ou rouge*

qui entoure le point lésé ne pourrait se former, » rendent bien compte de l'opinion de M. Barthélemy, opinion d'après laquelle l'aréole est consécutive au point rouge central, tandis que le contraire paraît être exact. Car, enfin, on peut poser le dilemme suivant : ou bien la plaque est la lésion initiale, la petite hémorrhagie centrale n'étant qu'un épiphénomène secondaire, et alors le *rash* est surtout hyperémique; ou bien c'est le point hémorrhagique qui est la lésion importante, primordiale, et alors ne donnez pas à ce *rash* l'épithète de scarlatiniforme ; car, encore une fois, la scarlatine est surtout constituée au point de vue des phénomènes cutanés, par une hyperhémie.

Le *rash* scarlatiniforme est localisé ou généralisé.

Localisé, il siège à la région inguinale, dans le triangle de Scarpa, à la racine des cuisses, à la partie sous ombilicale de l'abdomen, autour du bassin où il forme une ceinture interrompue au niveau de la colonne vertébrale. On le rencontre parfois aux aisselles et aux avant-bras.

La localisation inguinale est la règle, contrairement à ce qui a lieu pour le *rash* morbilliforme.

Le *rash* scarlatiniforme peut néanmoins franchir ces limites et envahir dans douze ou vingt-quatre heures le tronc, la face, le cou, ne laissant que quelques espaces en blanc à la partie inférieure des cuisses, aux genoux ou aux bras. Mais, chose remarquable, même lorsqu'il est généralisé, ce *rash* est beaucoup plus accentué au voisinage des aines que dans les autres parties du corps. Les petites taches que l'on remarque ordinairement dans le *rash* scarlatinoïde ne s'élèvent pas au-dessus du niveau de la peau, ne sont pas perceptibles au toucher et n'entraînent jamais le soulèvement, ni le dessèchement, ni la desquamation de l'épiderme. M. Barthélemy n'en a, du moins, pas vu un seul cas; les choses ne se passaient pas de même autrefois, si l'on en croit Valentin et Dezoteux (*Traité de l'inoculation*, chap. III, page 238).

L'aspect granité de l'exanthème est parfois fort accentué.

Les taches peuvent atteindre la grosseur de fortes têtes d'épingles, surtout à la périphérie de la plaque scarlatinoïde où elles sont plus larges et plus isolées qu'au centre. Au centre, elles sont

plus petites, plus nombreuses et finissent par arriver quelquefois à la confluence. Il n'y a plus alors qu'une plaque rouge, plus ou moins étendue, plus ou moins régulière, de couleur cramoisie, comme le dit Huxam, et produisant le même effet que si l'on avait barbouillé la peau avec du jus de framboise (*Essai sur les différentes espèces de fièvres*, page 350).

Il ne faut pas confondre cet état avec le *rash* astacoïde, constitué par la fusion des plaques scarlatinoïdes et non par celles des taches dont je viens de parler, taches de couleur plus sombre.

On voit quelquefois, sur les bords, le fond rouge, le substratum congestif aréolaire pâlir seul et le piqueté, se détachant mieux sur la peau saine, apparaître en grains plus marqués, plus larges et plus colorés qu'au centre. Pas un de ces grains ne présente, au début de son apparition, la saillie caractéristique de la papule, qui est le début de l'éruption variolique et que le bout de l'index découvre avec tant de certitude, « alors même que l'œil ne la voit qu'avec peine » (Faivre, 1849).

Quelques auteurs ont établi des distinctions à propos de ce *rash*; les uns admettent que le *rash* scarlatiniforme présente toujours le pointillé hémorrhagique dont j'ai parlé : M. Barthélemy est de ce nombre. D'autres, au contraire, distinguent un *rash* scarlatiniforme simple, c'est celui qui n'est que peu ou pas pointillé ; et un *rash* scarlatiniforme purpuroïde, dans lequel on trouve un pointillé abondant avec quelques petites taches ecchymotiques un un peu plns grandes (Legroux, Huchard).

Ce dernier auteur insiste sur le diagnostic à établir entre le *rash* purpuroïde et le *rash* purpurique qui vient parfois compléter le scarlatiniforme. Ces deux *rash* entraînent, en effet, avec eux, des pronostics bien différents.

Le *rash* scarlatiniforme peut apparaître en une seule poussée ou bien en une principale, primordiale, suivie de plusieurs autres moins intenses, successives et en quelque sorte complémentaires ; il atteint son maximum d'intensité en douze, quinze, ving-quatre heures (Legroux), et ne met jamais plus de soixante heures à se constituer (Barthélemy).

Les poussées n'entraînent pas la production de phénomène sub-

jectifs bien accentués; à peine, dans les cas les plus intenses, le malade accuse-t-il une sensation plus ou moins vive d'ardeur, de chaleur aux aines ou de cuisson, sans aller jusqu'à la brûlure. Dans la plupart des cas, au contraire, le malade n'est averti de la présence de son *rash* que par le médecin, qui, examinant les régions indiquées, y trouve l'exanthème tout installé. Il faut même, parfois, une recherche minutieuse pour le découvrir réduit à quelques grains ecchymotiques, rares, miliaires, peu marqués, peu colorés, perdus dans les plis et dans les poils inguinaux. Cette recherche doit cependant être faite avec soin, puisqu'elle viendra éclairer un diagnostic jusqu'alors incertain.

Le *rash* scarlatinoïde se montre tard, le plus souvent à la fin du quatrième jour ; il précède donc l'éruption qui, dans ces cas, paraît être un peu retardée, puisqu'elle paraît en moyenne après la troisième exaspération fébrile (Jaccoud) (néanmoins M. Barthélemy, tout en insistant sur ce fait que le *rash* scarlatiniforme paraît tard, vers le quatrième jour, ajoute que ce *rash* précède l'éruption variolique; il affirme d'autre part (*loc. cit.* page 145) que le *rash* ne retarde pas l'éruption ; d'où il faut conclure que, pour cet auteur, l'époque normale habituelle de l'éruption variolique serait le cinquième jour). Si l'éruption doit se produire de meilleure heure, le *rash* est, lui aussi, plus hâtif. Néanmoins, Guéneau de Mussy (*Gaz. des hôpitaux*, 1869) et M. Sée (*loc. cit.*) rapportent des cas dans lesquels les *rash* se sont montrés le lendemain de l'éruption variolique ; ce sont là de très rares exceptions.

Tandis que les *rash* morbilliformes sont éphémères et disparaissent comme ils sont venus, en quelques heures, après une durée maximum de quarante heures, le *rash* scarlatiniforme se prolonge deux, cinq et six jours (Legroux), un septenaire et plus (Barthélemy).

On l'a vu survivre de beaucoup à une varioloïde peu intense qu'il avait annoncée.

Une fois produit, le *rash* scarlatinoïde persiste avec sa coloration propre, pendant un, deux et même trois jours ; puis il pâlit peu à peu, de rouge, puis rose, devient rose thé, jaune pâle, puis grisâtre et blanc sale, enfin il s'efface.

Le *rash* scarlatinoïde disparaît en sens inverse de son apparition : d'abord des plis du coude, des creux poplites, des aisselles, et, à la fin seulement, des aines, où il persiste plus ou moins longtemps. L'évolution totale dure en moyenne une huitaine de jours.

Le *rash* scarlatinoïde n'entraîne pas la desquamation de la peau ; c'est au moins ce qui résulte des observations de M. Barthélemy.

Le *rash* morbiliforme et scarlatiniforme peuvent se rencontrer sur le même sujet ; ils relèvent d'une même cause et résultent de la continuation d'action d'une même force sur la dilation du réseau vasculaire superficiel. Chacune des deux formes évolue avec ses allures particulières. Se basant sur la non-simultanéité de leur apparition, M. Barthélemy fait remarquer que les deux *rash* se rencontrent sans se confondre ; il n'admet pas d'ailleurs que l'un se transforme en l'autre ; aussi n'admet-il pas les *rash* mixtes qu'accepte au contraire M. Legroux.

« Les différents *rash* hyperémiques que nous venons de décrire, dit cet auteur (on se souvient que M. Legroux classe le *rash* scarlatinoïde parmi les hyperémiques), se combinent souvent chez un même sujet pour constituer des *rash* mixtes. C'est ainsi que l'on rencontre le *rash* scarlatiniforme uni au morbiliforme, le premier très marqué aux aines, aux cuisses, à l'hypogastre, le second occupant le thorax, l'épigastre et les membres.

« Dans ce cas, ou l'éruption morbiliforme disparaît bien avant la scarlatiniforme sans laisser de traces, ou bien elle est remplacée par le *rash* morbilliforme qui se généralise. Il y a là une transformation de forme qui montre bien que ces variétés dépendent des degrés différents de l'hyperémie et relèvent de la même cause.

« Ce sont ces *rash* mixtes surtout qui ont si souvent accrédité les faits de scarlatine, de rougeole et de variole évoluant simultanément chez les mêmes individus. »

Les papules varioliques naissent et se développent aussi bien sur les points qui ont été d'abord envahis par le *rash* morbiliforme que sur les intervalles de peau restée saine, c'est-à dire entre les mailles de l'efflorescence. Elles font au contraire, le plus

souvent défaut au niveau du *rash* scarlatinoïde, qui est fort remarquable par son antagonisme avec l'éruption variolique.

Dans certains cas, en effet, on ne voit pas une seule pustule de variole développée dans la région occupée par ce *rash*. Les limites de celui-ci sont quelquefois marquées ainsi avec une netteté surprenante.

Dans d'autres cas, le *rash* scarlatiniforme est au contraire un stimulant énergique, un agent provocateur de l'éruption variolique. Les régions occupées par le *rash* sont le siège d'une éruption absolument confluente, comme si les pustules, dit M. Barthélemy, s'y étaient acharnées à dessein.

M. Legroux dit aussi que c'est par exception que les papules sont plus confluentes au niveau des pointes occupées par le *rash*.

Ces dispositions insolites ont paru pourtant si frappantes que certains observateurs, entre autres Empis, ont regardé ce fait comme la règle : « les pustules restent ordinairement plus confluentes sur le siège primitif du *rash* que sur les autres parties du corps. » (*Soc. méd. des hôpitaux*, 1869, p. 61).

Gubler (*in Thèse de M. Hamel*, 1870, p. 61) ayant remarqué l'aqsence des pustules sur les points occupés par ce *rash*, se demande si cette hémorrhagie n'empêche pas l'éclosion de la pustule. Se fondant sur cette remarque clinique, il se demande à son tour « si l'on peut aller jusqu'à espérer l'avortement des pustules au début, si, par une piqûre, on déterminerait la sortie de quelques gouttelettes de sang ? » L'auteur ajoute que cette idée attire toute l'attention des observateurs et de ceux qui peuvent expérimenter.

Je ne sais si l'expérience a été tentée, mais je crois que l'on peut répondre négativement à la question de M. Hamel.

En acceptant, en effet, cette théorie toute mécanique de la non-coexistence, sur un même point, d'une hémorrhagie intra-dermique et d'un bouton de variole (théorie qui n'est rien moins que démontrée, d'ailleurs,) je ferai remarquer que, dans le cas d'hémorrhagie *extra-dermique* provoquée par une piqûre, on ne réalise pas cet encombrement de la couche de Malpighi, par les globules

rouges, encombrement qui, dans les cas d'hémorrhagie *spontanée intra-dermique* empêcherait, d'après M. L. Colin, la migration des globules blancs, et, partant, la formation des pustules.

Il me paraît évident, d'ailleurs, que M. Hamel appelle *rash* purpurique le *rhas* purpuroïde de M. Huchard, car il ajoute : M. Gubler considère cette forme comme très fréquente, et dans les nombreux cas qui se sont présentés à son observation, il n'a noté qu'une fois une variole non pas mortelle, mais seulement assez confluente. Toutes les autres ont été excessivement bénignes, et souvent même tout s'est bornée à une varioloïde. »

Nous verrons plus tard que le vrai *rash* purpurique qui n'est, selon moi, dans la plupart des cas, qu'un purpura variolique, a un pronostic autrement grave. Ce n'est pas de ce *rash* que parle M. Hamel.

Rash sans variole. — Quelques observateurs ont admis que dans quelques cas, la variole peut ne se manifester que par le *rash*. M. Barthélemy déclare n'avoir jamais observé de variole fruste.

Voici ce que dit M. Hamel à ce sujet : Nous rappellerons ici que le *rash* peut être la seule manifestation cutanée de la variole, comme l'admet, avec observations à l'appui, Dimdale. (traduction de Fouquet). En temps d'épidémie de variole, M. Quinquaud a vu à l'hôpital Saint-Antoine, des malades qui, ayant offert la plupart des prodromes varioliques, présentèrent finalement un exanthème rubéolique. Ces efflorescences disparurent sans desquamation en quelques jours, sans qu'il parût aucune autre papule et sans aucun phénomène, ni de scarlatine, ni de rougeole. »

M. Hérard a rapporté un cas de *rash* purpurin et pétéchial avec tous les symptômes de la variole, lequel fut suivi de mort sans que l'éruption variolique se fût produite.

(Il s'agit évidemment ici d'un cas de purpura variolique).

M. Barthélemy n'admet ces observations de prétendue variole fruste qu'avec la plus extrême réserve.

M. Legroux concilie les diverses opinions en disant qu'il y a là probablement, des varioles avortées ou tellement discrètes, qu'elles passent inaperçues en raison du nombre très restreint des pustules. Guéneau de Mussy a vu des varioles qui n'étaient

manifestées que par deux ou trois pustules réparties sur la peau et le voile du palais.

J'ai reproduit les descriptions des auteurs les plus récents en signalant leurs divergences d'opinion ; ces divergences sont profondes, beaucoup plus profondes que ne le dit M. Barthélemy, qui se félicite d'être en communion d'idées avec M. Legroux.

Il est certain qu'il y a un abîme entre leurs *rash* hémorrhagiques respectifs, il s'agit là d'une question capitale dont la discussion trouvera naturellement sa place dans une autre partie de cette étude.

II

Du Purpura en général.

« Dans un foyer d'épidémie varioleuse, un homme est pris d'un mouvement fébrile intense, de vomissements bilieux incessants, de douleurs violentes dans la région lombaire ; au bout de 24 à 48 heures, un éruption scarlatiniforme se montre suivie bientôt de l'apparition de taches purpuriques de toutes formes, de toutes dimensions, et présentant une couleur violacée, livide ; au purpura, succèdent des ecchymoses de la conjonctive, des épistaxis, des hématuries, des métrorrhagies chez la femme, et dans l'espace de quelques heures, le malade succombe enlevé par la violence des accidents ; le purpura avait été le premier indice d'une variole hémorrhagique. » (Du Castel). Voilà le résumé exact de la plupart des observations que l'on trouvera plus loin. Voilà l'effrayant tableau des accidents qui m'ont vivement frappé durant l'épidémie actuelle de variole à Toulouse.

Il convient, je crois, de jeter un coup d'œil sur la question des purpuras en général ; cette étude facilitera singulièrement l'exposé des considérations que l'analyse des faits et la lecture des auteurs m'ont amené à exposer.

M'inspirant des derniers documents publiés sur les purpuras, je me propose de démontrer :

1° Que le mot purpura est un terme trop vague, s'appliquant à des états pathologiques très différents les uns des autres; que le purpura, en un mot, n'est pas un entité morbide.

2° Que ce mot, tout vague qu'il soit, désigne un ensemble de symptômes assez nettement caracterisés, pour que, dans un cas donné, on doive le conserver, en lui adjoignant un qualificatif.

3° Que dans la première période de la variole notamment, il exprime à merveille une série d'accidents redoutables dont l'ensemble constitue le purpura variolique. (Variole hémorrhagique d'emblée de la plupart des auteurs.)

4° Que l'adoption de ce terme : « Purpura variolique, » qui n'est certes pas nouveau, simplifie considérablement l'étude des phénomènes cutanés et généraux de la première période.

5° Que cette terminologie a l'avantage de laisser au mot *rash* sa signification première, qui est celle d'efflorescence, signification que les descriptions de certains auteurs, notamment celle de M. Legroux, tendent à dénaturer. Cette terminologie sépare aussi très nettement les accidents hémorrhagiques prééruptifs de ceux qui surviennent pendant la papulation ou qui la suivent, accidents qui accompagnent la variole hémorrhagique proproment dite.

6° Que la distinction bien établie entre certains *rash* et le purpura variolique a l'avantage d'imposer à l'esprit un pronostic bien différent, selon qu'il s'agit de l'une ou de l'autre de ces manifestations morbides,

Le purpura ne paraît pas avoir été distingué du scorbut avant la fin du dix-septième siècle.

Hippocrate décrit une espèce de *maladie de la rate* avec état fétide de la bouche, gonflement des gencives et larges ulcères saignants aux jambes; il s'agit probablement du scorbut.

Celse reproduit ce passage, et parle, en outre, d'hémorrhagies par le nez et par d'autres parties du corps. Les anciens citent des hémorrhagies générales, non seulement par les diverses ouvertures du corps, mais encore par les pores de la peau et qu'ils attribuent aux morsures du prétendu serpent *Hémorrhoïs* (voir Lucain, Pharsale, livre IX, v. 810).

Bien avant Werlhof, Rivière (*Lazari Riverii, Praxeos Medicæ*,

in-12. Lugd. 1664, t. II, p. 632) avait distingué le purpura apyrétique des pétéchies qu'on observe dans les fièvres graves.

En 1745, Werlhof, dans le *Commercium Noricum*, décrivait le *morbus maculosus hæmorrhagicus* qui se séparait nettement du scorbut.

Sept ans plus tard, Lind réagit contre la tendance des médecins d'alors qui voyaient partout du scorbut.

Au commencement du dix-neuvième siècle, Willan et Bateman rangent le purpura parmi les exanthèmes.

Willan admet l'existence du purpura *simplex*, du purpura *hæmorrhagica*, du purpura *urticans*, du purpura *contagiosa*.

Alibert décrit séparément, en 1732, les hématoses qu'il divise en péliose et en pétéchies, et subdivise en péliose *simple* et péliose *hémorrhagique* ; pétéchies *primitives* et pétéchies *symptômatiques*.

Rayer, sans s'expliquer sur ce qu'il croit être bon ou mauvais dans les divisions de ses devanciers, divise d'emblée le purpura en deux espèces très distinctes par leur marche et par les symptômes qui accompagnent les phénomènes hémorrhagiques : 1° purpura *sine febre* ; 2° purpura *fébrilis*. (Rayer, *Traité des maladies de la peau*. Paris, 1835).

Sauf ce point important, cet auteur se rallie à la division de Willan.

Cependant, on fit remarquer que la fièvre pouvait apparaître fort tard dans l'évolution du purpura, ce point de repère parut donc mauvais à quelques auteurs.

D'autre part, Schedel et Cazenave, Devergie, Bazin, réduisaient la division de Willian au purpura *simplex* et au purpura *hæmorrhagica*.

M. Bucquoy, dans sa thèse (1855), fit remarquer qu'il eût mieux valu distinguer une forme bénigne et une forme grave ; car un purpura simple peut, s'il ne s'arrête dans son évolution, devenir hémorrhagique (Immermann).

A l'exemple de Sabatier, M. Bucquoy acceptait la division du purpura hémorrhagique en purpura *sthénique* et purpura *asthénique*. C'est, on le voit, l'ancienne doctrine des hémorrhagies.

Les tentatives de classification dermatologique avaient donc

échoué, et il ne restait du purpura hémorrhagique qu'une description clinique générale qui englobait des faits très différents les uns des autres et ne se prêtait à aucune espèce de division naturelle.

Depuis lors la confusion a continué à se faire.

Maladie de Werlhof et purpura *hæmorrhagica* sont devenus des termes synonymes par lesquels on a désigné en bloc des faits qui ne représentent qu'une superficielle ressemblance, qui n'ont d'analogie que par l'apparition d'hémorrhagies internes.

En 1873, M. H. Mollière faisait, dans le *Lyon médical*, une tentive de désagrégation de la maladie de Werlhof, qu'il déclarait artificiellement constituée et à laquelle il refusait toute existence autonome.

En 1877, M. Lasègue rappelait fort à propos ce que l'on doit entendre par le terme de *morbus hæmorrhagicus* et ce qu'avaient décrit Werlhof et ses élèves ; il montrait d'ailleurs que certains faits de prétendus purpuras n'étaient autres que des cas de scorbut sporadique.

Enfin, dans ces derniers temps, Henoch et M. Couty ont décrit une forme de purpura *rhumatoïde* dans laquelle le système nerveux exerce une action manifeste.

M. Straus a attiré l'attention sur les poussées de purpura qui succèdent parfois aux crises douloureuses chez les ataxiques. L'influence du système nerveux était d'ailleurs bien connue depuis l'intéressante étude de M. Parrot sur les sueurs de sang et les hémorrhagies névropathiques.

Récemment encore, M. Faisans étudiait, par de nouveaux côtés, cette influence nerveuse dans sa thèse sur le purpura myélopatique.

Depuis la thèse de M. Faisans (1882), la question du purpura a donné lieu à de nombreuses publications. Je signalerai surtout deux travaux importants; le premier est de M. A. Mathieu (*Purpuras hémorrhagiques, essai de nosographie générale*, thèse de doctorat, 1883).

Le second est de M. Du Castel (*Des Diverses espèces de purpura*, thèse d'agrégation, 1883).

Je ferai de larges emprunts à ces deux thèses qui résument très nettement l'état de la science sur cette question encore si controversée.

Je signalerai enfin la communication de M. Rathery à la Société médicale des hôpitaux (12 octobre 1883), et les deux excellents articles que M. Merklen a publiés dans la *Gazette hebdomadaire de médecine et de chirurgie* (5 et 19 octobre 1883).

Le purpura, considéré au point de vue de ses manifestations cutanées se présente sous des formes diverses.

(*A*) La forme pétéchiale est de beaucoup la plus fréquente.

Les pétéchies sont constituées par de petites taches de couleur rouge sombre, brunâtre, ne disparaissant pas sous la pression du doigt. Leur diamètre varie de celui d'une tête d'épingle à celui d'une pièce de vingt centimes, elles ne forment généralement pas de saillie à la surface de la peau. La pétéchie peut occuper le pourtour d'un poil; cette tache est alors légèrement soulevée, rouge, brunâtre, acnéiforme; le poil peut être dévié de sa direction normale; plus tard on voit se soulever à son point d'implantation un petit disque épidermique au centre épaissi, à bords amincis et blanchâtres; on voit l'analogie qui existe entre cette lésion et le *lichen lividus* de Willian. Si l'éruption des pétéchies est considérable la peau prend un aspect particulier qui lui a fait donner le nom de peau ansérine.

On a fait de ces pétéchies pilo-sébacées la caractéristique de la nature scorbutique de l'affection. Elles sont fréquentes, en effet, dans le scorbut, mais on les retrouve dans des cas très divers.

(*B*) Parfois les hémorrhagies sont beaucoup plus étendues et prennent l'aspect de véritables *ecchymoses* spontanées. Elles sont plus ou moins larges, arrondies ou allongées, à bords réguliers, linéaires, déchiquetés. Elles ne font pas de saillie à la peau. Néanmoins, si le sang est épanché dans les mailles de l'hypoderme, on peut avoir de véritables bosses sanguines. S'il s'est collecté plus superficiellement, on a des bulles sanguines. Enfin, lorsque les ecchymoses sont allongées et comme vergetées, on leur donne le nom de *vibices*.

Dans leur évolution, les ecchymoses et les pétéchies présentent

de remarquables changements de teinte : d'un rouge carmin tout d'abord, elles deviennent ponceau, puis brunâtres, plus tard verdâtres et enfin jaunâtres ; c'est la marche habituelle des épanchements sanguins en voie d'évolution. Voilà le purpura en tant que manifestation cutanée.

L'apparition des pétéchies ou des ecchymoses qui caractérisent le purpura, répond-elle à une affection unique, toujours identique à elle-même ? On le croyait autrefois et, faisant du mot purpura le synonyme de maladie de Werlhof, on avait rassemblé, sous ce nom, les affections les plus dissemblables au point de vue de l'allure et de la gravité.

J'ai déjà parlé des divisions que l'on a dû introduire dans l'étude du purpura ; je ne veux parler ici que des deux plus récentes.

Se plaçant au point de vue de la pathogénie clinique, M. Mathieu classe les purpuras de la façon suivante :

1° Purpuras de cause générale ;

2° Purpuras de cause locale.

1° Purpuras de cause générale

Hémophilie, diathèse congénitale, héréditaire.

Maladie de Werlhof.

Scorbut (*a*), scorbut épidémique (*b*), scorbut sporadique.

Rhumatisme (ou plutôt arthritisme).

Cachexies, dyscrasies, anémies. Tuberculose, syphilis, rhumatisme articulaire chronique. Anémies pernicieuses ; anémie splénique ; cachexie paludéenne. Sénilité.

Mal de Bright.

Affections nerveuses : Peur, émotions, nervosisme.

Infections : Typhus, fièvres éruptives, peste, pyémie, impaludisme, vaccine, blennorrhagie, ictère grave (fréquemment chez les nouveaux nés), fièvre jaune, etc.

Infections innominées.

Intoxications : Copahu, cubèbe, belladone, phosphore, arsenic, mercure, iodure de potassium, chloral, acide salicylique, alcool, poisons animaux.

2° Purpuras de cause locale

Affections des voies circulatoires ; maladies organiques du cœur ; artérite, athérome (purpura sénile), embolies, thromboses, varices, phlébite, phlegmatia alba dolens, leucocythémie (thrombose causée par les globules blancs).

Affections nerveuses, locales ou localisées, affections limitées des centres nerveux, des nerfs, sciatique, zona, etc.

Inflammations et éruptions diverses devenant accidentellement hémorrhagiques ; érythème polymorphe, pemphigus, etc.

M. Du Castel fait remarquer que le purpura apparaît tantôt chez des sujets en bonne santé, dans le cours d'états pathologiques encore mal définis ; tantôt, au contraire, dans le cours d'états morbides bien connus auxquels il se rattache manifestement.

Cet auteur se base sur cette remarque pour adopter une division clinique très naturelle : purpuras primitifs, purpuras secondaires.

Après avoir passé en revue ces diverses formes de purpura, il étudie leur pathogénie, discute les espèces et est ainsi amené à accepter une division que je rapporterai plus loin.

Je suivrai M. Du Castel dans sa revue clinique ; j'insisterai plus particulièrement sur les purpuras infectieux qui se rattachent plus directement à mon sujet.

A

Purpuras primitifs.

Le purpura primitif peut consister simplement dans une éruption cutanée, accompagnée ordinairement d'un peu de malaise général, c'est le purpura *simplex*. En même temps que l'hémorrhagie cutanée, on peut voir survenir des hémorrhagies en d'autres points de l'économie : épistaxis, hémorrhagies intestinales, hématuries, etc. ; cette association d'hémorrhagies internes et cutanées constituent le purpura *hæmorrhagica*.

Il faut reconnaître que cette dichotomie est tout artificielle et soulève de nombreuses exceptions. Déjà les auteurs du *Compendium* faisaient remarquer qu'il ne s'agissait que de deux degrés d'une même affection. En réalité, les hémorrhagies viscérales, considérées comme caractéristiques du purpura *hæmorrhagica*, ne sont pas l'attribut d'une espèce morbide ; elles se produisent dans des cas bénins et de causes diverses.

Des plaques congestives ou des éruptions exanthématiques de la peau, des fluxions articulaires accompagnent quelquefois l'éruption cutanée : dans le premier cas, le purpura prend le nom d'*exanthématique* ; dans le second, celui de *rhumatismal*.

Le purpura *simplex* se montre chez des individus en parfaite santé ; après quelques jours ou quelques heures de malaise général, de courbature, accompagné parfois d'un léger mouvement fébrile, l'éruption apparaît constituée uniquement par des pétéchies survenant sans phénomènes douloureux, sans cuisson, sans démangeaisons.

Ces pétéchies occupent les membres inférieurs, plus rarement le tronc et les membres supérieurs, exceptionnellement le cou et la face ; au moment de leur apparition, leur coloration est rouge vif, bientôt elles pâlissent, brunissent, deviennent rouillées, grises, et disparaissent entièrement sans laisser de traces.

Le plus habituellement, plusieurs poussées éruptives se succèdent, et il est ordinaire de voir, chez le même malade, des taches purpuriques à des périodes d'évolution différentes.

La maladie peut se prolonger par la répétition des poussées éruptives ; il n'est pas rare de la voir persister des mois, une année et plus. Le plus souvent, c'est à la suite de fatigues, de refroidissements, d'émotions morales vives qu'on voit apparaître cette variété de purpura. Chez certaines femmes, elle a paru se rattacher à la fonction menstruelle avec laquelle il se reproduisait périodiquement ou qu'elle semblait suppléer dans nombre de cas.

Parmi les purpuras exanthématiques, le plus fréquent est le purpura *urticans*. La tache purpurique est précédée de l'apparition d'une papule ortiée qui, s'effaçant, laisse la place à la macule du

purpura ; on voit autour de celle-ci, dans quelques cas, une zone congestive.

Le prurit de l'urticaire manque ordinairement, mais on observe parfois des douleurs des membres, de la pesanteur des jambes, quelquefois du gonflement articulaire, des œdèmes, tantôt mous, tantôt rouges et douloureux, se produisant au pourtour des jointures ou dans la continuité des membres.

Le siège habituel de l'éruption est aux membres inférieurs. Un peu de malaise, quelquefois un leger mouvement fébrile précèdent ou accompagnent son apparition.

Même bénignité, même série d'éruptions que dans le purpura *simplex*, mêmes causes.

« Elle coexiste fréquemment, dit Bazin, avec des migraines, de la dyspepsie, des phénomènes de congestion vers la tête, des troubles de la vue et de l'ouïe, des hémorroïdes, des douleurs rhumatismales dans les muscles ou dans les articulations.

Le purpura *rhumatismal* (purpura *rhumatoïde* de M. Mathieu, *peliose rhumatismale* de Schonlein) siège le plus habituellement aux membres inférieurs, sur le bas des jambes, au pourtour des articulations tibio-tarsiennes ou des genoux, à la partie inférieure et externe des cuisses. L'éruption, constituée par des pétéchies, plus rarement par des ecchymoses, est le plus souvent symétrique ; on l'a vue cependant se limiter à un genou, à un coude : la coexistence de papules ortiées a été signalée dans un assez grand nombre d'observations. Elle apparaît brusquement sans prodromes, mais elle est ordinairement précédée de picotements, de lourdeur, de tension dans la région où elle doit se montrer. La fièvre, qui n'est pas constante, ne dépasse pas 38°5.

Les douleurs articulaires occupent les cou de pieds, les genoux, les poignets ; l'épanchement intra articulaire est peu abondant ; les mouvements sont douloureux ; les pressions pratiquées au niveau des ligaments occasionnent une douleur vive. L'œdème du tissu cellulaire est souvent très accusé ; la peau tendue, rose, dépressible et douloureuse à la pression. Parfois, l'œdème a un aspect presque phlegmoneux ; le volume des membres atteints est

considérable, on l'a vu doublé. Il se produit parfois des ecchymoses très étendues (*œdème pourpré fébrile*).

Le nombre des articulations atteintes est ordinairement peu considérable, les lésions superficielles, les complications cardiaques très exceptionnelles: « il s'agit là plutôt, dit M. Besnier, d'un purpura avec rhumatisme, que d'un rhumatisme avec purpura. » (Art. *Rhum.* du *Dict. encycl. des sciences médicales.*)

Des stomatorrhagies, des entérorrhagies, des gangrènes de la face, des membres, de l'intestin viennent quelquefois compliquer le purpura rhumatismal (Kaposi, Oziou).

La maladie est le plus souvent de longue durée, par suite de poussées successives. Les récidives ne sont pas rares, la guérison est la règle.

L'accident survient fréquemment chez les sujets atteints de rhumatisme ; l'épuisement nerveux, le surmenage, le froid interviennent pour provoquer les accès.

En 1876, M. Courty a publié une étude sur une espèce de purpura qu'il considère comme d'origine nerveuse. Déjà Hénoch, de Berlin, avait observé plusieurs cas de ce purpura et les avait rapprochés de ceux publiés antérieurement par Valleix, Wagner et Zimmermann, pour montrer en quoi cette forme de purpura différait de la péliose rhumatis nale et de la maladie de Werlhof.

Cette forme serait caractérisée par trois ordres d'accidents : 1° des poussées de purpura ; 2° des troubles gastro-intestinaux ; 3° des œdèmes cutanés.

L'*éruption* est constituée par des pétéchies, se fait brusquement et est souvent ortiée ; elle occupe les membres, surtout les membres inférieurs, l'abdomen, les parties génitales, rarement le tronc et la face ; les pétéchies, tantôt rares, tantôt confluentes, disparaissent dans un espace de quatre à six jours.

Les troubles *gastro-intestinaux* consistent en vomissements bilieux et en coliques plus ou moins douloureuses, sans évacuations, avec rétraction ou ballonnement du ventre, cessant brusquement ; elles ne durent ordinairement que quelques heures, mais elles se prolongent parfois durant un ou deux jours.

Les *œdèmes* sont tantôt péri-articulaires, tantôt intra-articulai-

res ; ils occupent une plus ou moins grande étendue du membre ; ils sont ou incolores et indolores, ou roses et douloureux ; exceptionnellement, la gangrène peut leur succéder.

La maladie procède par accès dans lesquels les symptômes s'entremêlent sans ordre régulier (Couty).

Le professeur Hénoch admet au contraire que ceux-ci se succèdent dans l'ordre suivant : 1° accidents articulaires ; 2° purpura ; 3° troubles intestinaux.

L'état général se maintient généralement bon pendant la maladie. D'ailleurs, le syndrome peut être incomplet et on peut avoir ainsi :

1° Purpura avec œdèmes et crises gastro-intestinales ;

2° Purpura avec œdèmes ;

3° Purpura avec crises intestinales ;

4° Purpura simple.

Le purpura rhumatismal ne serait qu'un purpura d'origine nerveuse dans lequel les accidents intestinaux feraient défaut.

La guérison est la terminaison habituelle.

Les accidents intestinaux seraient dus, d'après M. Couty, à une excitation du grand sympathique, comme la colique de plomb (Vulpian), avec laquelle ils ont de grandes analogies ; les troubles fluxionnaires auraient la même origine.

Sous le nom de *purpura myélopatique*, M. Faisans a publié (*loc. cit.*) des observations analogues à celles de M. Couty ; il rapporte d'autres cas survenus sous l'influence d'affections chroniques de la moëlle, myélite transverse, cancer secondaire du rachis, tuberculose.

L'auteur insiste sur la forme souvent ortiée de l'éruption, sur sa disposition symétrique, sur la possibilité de la distribution des taches sur le trajet des nerfs sensitifs, distribution analogue à celle des groupes herpétiques du zona.

Pour M. Faisans, l'arthralgie occupe, dans la symptomatologie de la maladie, une place importante ; elle se fait remarquer par sa fréquence, sa multiplicité et sa mobilité extrême ; toutes les articulations peuvent être atteintes tour à tour ; l'éruption siège autour des articulations envahies.

L'exanthème est remarquable par sa symétrie (Rendu, Testut).

Au niveau des nerfs sensitifs, on trouve souvent de l'hyperesthésie, de l'analgésie, de la thermo-anesthésie.

La fièvre est nulle dans la majorité des cas (Faisans). M. Merklen affirme, au contraire, que « l'affection a un début brusque annoncé par des frissons et de la fièvre. »

M. Faisans, se fondant sur les troubles de la sensibilité et trouvant aux crises douloureuses intestinales plus d'analogie avec les crises gastro-intestinales des ataxiques qu'avec la colique saturnine, pense qu'il s'agit, en pareil cas, plutôt d'une affection d'origine médullaire que d'un trouble fonctionnel du sympathique, comme le veut M. Couty ; il admet que les accidents doivent résulter d'hyperhémies aiguës des faisceaux postérieurs de la moëlle amenant à leur suite une congestion intense de la peau et un trouble trophique des petits vaisseaux facilitant leur rupture.

Sous le nom de purpura *hæmorrhagica*, de morbus maculosus, d'hémorrhée pétéchiale, de maladie de Werlhof, on a décrit des affections qui n'offrent entre elles qu'un point de rapprochement : la coexistence d'éruptions purpuriques et d'hémorrhagies sur d'autres points de l'économie. C'est actuellement, dit M. Du Castel, un groupe, je devrais dire une mêlée, où les formes les plus disparates jurent de se retrouver ensemble.

Le professeur Lasègue, dans une revue critique publiée dans les *archives générales de médecine* de 1876, a montré que le type morbide créé par Werlhof peut se résumer ainsi : « pas de fièvre, pas de malaise prodromiques de quelque valeur, pas de maladie concomitante portant nom. L'affection débute par une hémorrhagie plus ou moins intense, rarement énorme, le plus souvent gingivale, quelquefois par une épistaxis, jamais par une hémoptysie, une hématémèse ou toute autre hémorrhagie splanchnique.

« Dès le lendemain, le surlendemain au plus tard, éruption pétéchiale plus ou moins confluente, occupant les membres inférieurs d'abord, pouvant s'éteindre jusqu'au tronc et aux membres supérieurs, ne siégeant jamais à la face. Ces macules sont ponctuées, indolores et ne blanchissent pas sous la pression du doigt. Un jour plus tard, apparition de taches larges, de sugillations, de plaques

ecchymotiques occupant les membres inférieurs, se retrouvant parfois sur la membrane muqueuse de la bouche. Les hémorrhagies ou les suintements sanguins se continuent avec une abondance variable, et, suivant qu'ils sont plus ou moins copieux, rejet de matières noirâtres par les selles ou les vomissements, faiblesse légère, mouvement fébrile, diminution de l'appétit, tout au plus courbature sans douleur vraie des membres.

« Amélioration à marche rapide dès qu'elle se déclare : guérison du huitième au quinzième jour, pas de convalescence, pas de conséquences fâcheuses. »

M. Mathieu fait observer que la maladie du Werlhof n'est pas toujours aussi bénigme que le dit M. Lasègue. Il y a des cas mortels. D'autre part les viscères (cerveau, rétine) ne sont pas à l'abri des hémorrhagies dans cette affection.

Mais les cas dont parle M. Mathieu se rapportent-ils bien à la maladie de Werlhof?

Le purpura *scorbutique*, scorbut sporadique, est remarquable en raison des caractères tranchés de son éruption.

Tous les médecins, dit M. Merklen, ont été frappés de l'analogie du purpura hémorrhagique avec le scorbut. Pour Cazenave, Ricamier, Andral, dont l'opinion est partagée par les auteurs du *Compendium*, le purpura n'était que le premier degré du scorbut : c'était le scorbut de terre, le scorbut sporadique de nos contrées. « On a essayé, dit Grisolle, de distinguer le pourpre du scorbut, mais nous croyons que ce sont des degrés ou des variétés d'une même affection. »

« Il me paraît difficile, conclut à son tour le professeur Jaccoud de ne pas admettre que le scorbut et le purpura sont deux variétés ou deux degrés d'une seule et même maladie dont le trait essentiel est une *diathèse hémorrhagique accidentelle*. »

Enfin Lasègue, cherchant la place de la maladie de Werlhof, accepte non moins nettement sa parenté avec le scorbut.

C'est qu'il existe une forme chronique de la maladie de Werlhof ne différant en rien du purpura scorbutique.

Les symptômes sont les mêmes : Cachexie croissante, douleurs dans tout le corps, fatigue générale, peau livide, terreuse, bouffis-

sure de la face; les douleurs ont un maximum marqué au niveau des genoux et des parois thoraciques, d'où difficulté de respirer : le thorax semble comprimé dans un cercle d'acier. « Rien ne peut rendre l'angoisse des malheureux » (M. Perrin).

On observe dans les deux cas la peau ansérine dont j'ai déjà parlé; c'est dans les régions particulièrement garnies de poils, dans le sens de l'extension (face externe et antérieure de la jambe et de la cuisse, face postérieure de l'avant-bras) qu'on trouve ces petites hémorrhagies. Le malade ne s'en aperçoit à aucune sensation.

Les lésions des gencives sont encore identiques dans les deux cas : bandelette bleue le long du rebord gingival, dans les cas graves, gonflement tel que la muqueuse masquant les dents empêche la mastication; fongosités molles, œdémateuses, saignantes au moindre contact; ecchymoses à la voûte palatine (Lasègue, Legroux). Dailleurs on sait que les altérations gingivales peuvent manquer dans le scorbut. Enfin à une période plus avancée de la maladie, production à la peau d'ecchymoses plus ou moins larges ressemblant à ce qu'on appelle vulgairement des *bleus*.

Siégeant ordinairement aux membres inférieurs, au creux poplité, aux mollets, on les trouve aussi aux membres supérieurs chez les individus qui font de grands efforts avec les bras, et, sur un seul d'entre eux, si le travail exécuté ne met en œuvre qu'un seul bras; l'élément mécanique semble donc jouer un rôle considérable dans leur production.

On retrouve encore, dans des conditions multiples, des épanchements sanguins soit dans le tissu cellulaire sous-cutané, soit dans l'épaisseur des muscles, épanchements qui se traduisent ou par une coloration ecchymotique ou par un état de tension et de douleur au toucher qui rendent les mouvements impossibles ou tout au moins très difficiles; le membre semble injecté à la cire dans tous ses interstices. Les parties sus-jacentes aux épanchements peuvent se sphaceler et s'ulcérer. La marche de la maladie est ordinairement rapide. La durée, dans les cas de guérison, peut n'être que de huit à quinze jours. Ce n'est guère d'ailleurs qu'un ou deux mois après son début qu'apparaissent les accidents graves.

Il y aurait, pour Lasègue et M. Legroux, deux formes de scorbut : un scorbut sthénique dans lequel les hémorrhagies se produisent avec une grande intensité; il s'observerait, chez les individus robustes, un scorbut asthénique moins hémorrhagique, mais plus cachectisant qui serait la part des sujets affaiblis.

La durée et l'intensité des accidents seraient donc en somme les seuls éléments distinctifs des formes du purpura hémorrhagique, depuis la maladie de Werlhof à évolution rapide jusqu'au scorbut sporadique ; le scorbut épidémique lui-même ne paraît être que la plus haute expression du syndrome (Merklen). Aussi M. Mathieu a-t-il réuni dans un même chapitre la maladie de Werlhof et le scorbut sporadique, formes aiguë et chronique du même type primitif.

B.

Purpuras secondaires.

Le purpura peut constituer un accident secondaire survenant manifestement dans le cours d'un certain nombre d'états morbides dont il relève manifestement : cachexies avancées, maladies infectieuses, intoxications ; dans ces cas, il apparaît tantôt sous la forme de purpura simple, tantôt sous la forme hémorrhagique avec ou sans production d'exanthèmes concomitants.

Le purpura cachectique s'observe dans le cours d'affections à évolution lente : cancer, tuberculose, maladies de la rate, du foie, des reins, de l'intestin, intoxications progressives. C'est à une époque où le patient est arrivé à un degré de cachexie avancée que l'éruption se manifeste ; elle survient sans malaise, sans fièvre, sans douleur et siège le plus souvent aux membres inférieurs et quelquefois aux avant-bras. Elle se produit autour des follicules pileux ; les grandes ecchymoses sont rares ; les gencives ne paraissent pas s'altérer. L'accident n'aggrave ordinairement pas la maladie première, néanmoins on a signalé dans certains cas, comme la tuberculose aiguë, des hémorrhagies internes s'associant à l'éruption cutanée, ce qui aggrave le pronostic ; mais on voit

qu'avec la tuberculose aiguë nous touchons aux purpuras infectieux.

Le purpura sénile se trouve particulièrement sur les extrémités supérieures des vieilles femmes dont les bras sont exposés au froid et aux injures extérieures. Il reconnait le plus souvent comme cause déterminante, les violences extérieures, les compressions de toute nature.

Le purpura infectieux, qui répond au purpura hémorrhagique fébrile de Rayer, se montre au cours de nos grandes pyrexies ou des intoxications profondes ; il fait partie du cortège habituel des symptômes comme dans le typhus exanthématique, la peste, la fièvre jaune, l'empoisonnement par le phosphore ; ou bien il se montre de loin en loin dans les formes les plus graves de maladies, variole, scarlatine, rougeole, méningite cérébro-spinale. Dans le premier cas, l'éruption purpurique n'ajoute pas une grande gravité au pronostic de la maladie ; dans le dernier au contraire, c'est l'indice d'une des formes les plus dangereuses, c'est ordinairement le prélude d'une série d'hémorrhagies viscérales intenses.

Les lésions cutanées sont diffuses et se produisent sur toute la surface du corps; c'est un mélange de pétéchies et d'ecchymoses étendues présentant habituellement une coloration livide foncée ; il s'y ajoute des ecchymoses sous-conjonctivales, des hématuries, des métrorrhagies, des hémorrhagies gastriques et intestinales etc. L'état général est profondément atteint ; la fièvre, intense : l'anxiété respiratoire, considérable; le malade succombe rapidement avec des accidents d'ataxo-adynamie ou enlevé par l'abondance des hémorrhagies (Du Castel). Je ferai remarquer que dans quelques-unes des observations que l'on trouvera plus loin la fièvre a été peu intense.

Les hémorrhagies peuvent se montrer seulement à titre de complications, alors que la nature de l'infection a été bien déterminée par ces prodromes, la marche de son invasion, la forme de son éruption. Elles peuvent aussi apparaître en première ligne et rendre le diagnostic très difficile sinon impossible,

Beaucoup d'auteurs ont contesté l'existence du purpura contagiosa de Willan et l'ont rapporté soit à la scarlatine, soit à la variole.

A côté des cas dans lesquels il est facile de trouver l'origine du purpura (fièvres éruptives, typhus fruste) y a-t-il des purpuras hémorrhagiques primltivement fébriles et indépendants de toute contagion qui porte nom? M. Mathieu penche pour l'affirmative: il y aurait là un poison zymotique dont la nature nous échappe.

« Le purpura primitif infectieux a donc sa place marquée à côté du purpura rhumatismal, du purpura scorbutique et de la maladie de Warlhof» (Merklen). L'affection survient sans cause connue chez des sujets bien portants. D'emblée la température monte à 39 ou 40 degrés, le pouls devient petit et fréquent. Aux pétéchies et aux suffusions sanguines sous-cutanées, aux hémorrhagies viscérales s'ajoute une prostration profonde avec langue sèche, albuminurie, quelquefois douleur et gonflement des jointures. C'est alors la forme pseudo-rhumatismale du purpura infectieux comprenant sans doute certains cas dits de rhumatisme hémorrhagique. Hébra fait remarquer qu'au moment où se montre le purpura, a fièvre continue sans subir d'abaissement, contrairement à ce qui se passe dans les fièvres éruptives.

La mort peut survenir dans 24 ou 48 heures par adynamie.

Ailleurs le début est plus insidieux : un simple embarras gastrique ou bien un purpura sans gravité ouvre la scène, les accidents viscéraux et l'état général ne se montrent qu'ultérieurement comme dans l'ictère simple qui tourne brusquement à l'ictère grave en raison d'une prédisposition spéciale ou du terrain sur lequel il évolue. A l'autopsie de ces malades on ne trouve que les lésions communes aux fièvres infectieuses. Les analyses du sang et des humeurs au point de vue des microbes n'ont donné aucun résultat ; mais, d'après la marche des accidents, il est permis de soupçonner une infection dont la nature nous échappe.

Après avoir démontré l'existence de formes infectieuses du purpura hémorrhagique, M. Mathieu fait observer que, par une sorte de réciprocité, le purpura se montre exceptionnellement dans divers états morbides infectieux ou que les recherches actuelles tendent à y classer (blennorrhagie, cystite purulente, vaccine, impaludisme). Quelques médicaments provoquent parfois des purpuras sans gravité, ne s'accompagnant pas d'hémorrhagies in-

ternes : ce sont surtout des médicaments qui ont la propriété de provoquer des exanthèmes cutanés (mercure, copahu, belladone) ou d'amener des troubles vaso-moteurs très accusés : ergot de seigle (Lallier).

Le professeur Fournier a vu plusieurs cas de purpura se produisant à la suite de l'emploi de préparations iodiques. Ce purpura très-discret siège surtout à la face antérieure des jambes et disparaît dans deux ou trois septenaires.

S'il m'était permis d'émettre une opinion sur une question aussi délicate que celle des purpuras infectieux primitifs, idiopathiques, je dirais que les cas doivent en être fort rares, la lecture de certaines observations, entres autres celles de M. Alix (*Lyon-médical*, 1878, n° 14) sur deux cas de purpura hémorrhagique aigu, est de nature à jeter quelques doutes dans l'esprit. Dans ces deux observations, en effet, l'auteur parle d'un exanthème scarlatinoïde et de conjonctivite. N'y aurait-il point là deux cas de scarlatine ou de rougeole à marche foudroyante ?

Dans tous les cas de ce genre, il faudrait bien spécifier : 1° qu'il n'existe pas d'épidémie de fièvre éruptive dans le lieu de l'observation ; 2° que le malade n'a été en contact récemment avec aucune personne atteinte d'exanthème contagieux.

Le *puprura mécanique* s'observe comme conséquence d'exagération de tension, se produisant d'une façon brusque (quintes de toux de la coqueluche, convulsions épileptiques). On ne voit guère ce purpura que lorsque les accès sont très intenses, ou que le sujet est prédisposé aux hémorrhagies. Enfin on voit des taches de purpura se montrer dans certains cas de *phlegmatia alba dolens* et chez quelques cardiaques ou chez des sujets porteurs de varices. Ici l'influence de la gêne circulatoire est manifeste.

Je ne puis, sans sortir de mon sujet, suivre M. Du Castel dans l'étude de l'étiologie des purpuras et dans la discussion des espèces, je me contenterai de dire que cet auteur, ne trouvant la raison suffisante des accidents, ni dans l'état du sang, ni dans l'altération des vaisseaux, fait jouer un rôle capital au système nerveux dans la production de ces accidents.

Il admet cinq espèces de purpura.

1° Purpuras rhumatismaux exanthématiques (exanthèmes rhumatismaux hémorrhagiques).

2° Purpuras cachectiques.

3° Purpuras toxiques.

4° Purpuras mécaniques.

5° Purpuras consécutifs à une lésion du système nerveux.

M. Du Castel ajoute en matière de conclusion :

« Le purpura est le résultat, tantôt d'une angiectasie, tantôt d'une hémorrhagie, quelquefois peut-être d'une simple extravasation de la matière colorante du sang consécutives, dans nombre de cas, à un trouble de la circulation capillaire.

« La fluidité du sang, la fragilité des vaisseaux sont des notions encore plus théoriques que basées sur l'observation des faits positifs.

Les purpura simplex et hémorrhagiques ne sont pas des entités morbides, mais des expressions symptomatiques communes à nombre d'états pathologiques.

Aussi le médecin, en présence d'un cas de purpura, ne devra pas se contenter du diagnostic, de purpura simplex ou de purpura hémorrhagique, mais rechercher avec soin jusqu'à quel point le fait observé se rapproche ou s'éloigne des espèces aujourd'hui connues. »

Ainsi, les deux premières propositions que j'ai formulées en tête de ce chapitre sont surabondamment établies. J'essaierai d'établir les autres propositions dans le chapitre suivant.

C

Du Purpura variolique.

Le début de ce purpura est ordinairement brusque ; néanmoins le malade peut ressentir pendant un temps assez court une sensation suivie d'une violente céphalalgie, d'une dépression inaccoutumée, de nausées, de vomissements bilieux incessants. Le malade est obligé de s'aliter, la fièvre est intense ; la température

monte rapidement à 40 degrés, le pouls donne jusqu'à 140 pulsations.

Parfois, au contraire, l'apyrexie est presque complète et rien ne fait présager une affection aussi grave : l'organisme ne peut réagir contre le poison et semble se livrer à lui sans combattre.

Bientôt apparaît un symptôme de la plus haute importance : la rachialgie. Ce symptôme, qui est parfois peu accusé, prend ordinairement une intensité extrême et arrache des cris aux malades. J'ai été témoin de ce fait dans plusieurs circonstances.

Aussi cette douleur lombaire a-t-elle pu donner lieu à des erreurs de diagnostic : on l'a rapportée à un lumbago rhumatismal et traitée avec des ventouses scarifiées, qui provoquèrent un énorme écoulement de sang. Dans un autre cas, on avait cru à l'existence de coliques néphrétiques et soigné ce purpura variolique par des injections hypodermiques de morphine. Il faut reconnaître que, dans le cas où le médecin est appelé avant l'apparition des pétéchies, et que des vomissements sanglants se sont déjà produits, l'erreur de diagnostic est presque infaillible, si l'idée de variole ne frappe pas *immédiatement* l'esprit de l'observateur. Le malade peut être sidéré en quelques heures.

L'urine ne contient d'albumine que dans le cas d'hématurie (Barthélemy).

M. Legroux, au contraire, déclare que, dans ce cas, les urines sont albumineuses.

Au bout de 24 ou 48 heures, une éruption scarlatiniforme se montre ; cette éruption, ordinairement diffuse, siège sur le tronc, principalement sur la poitrine et l'abdomen; aussi a-t-elle pu donner lieu à des erreurs de diagnostic et faire croire à une scarlatine. Elle est presque toujours fugace.

Dans d'autres cas il survient un *rash* scarlatiniforme à son siège habituel : la région inguinale.

Enfin la peau est quelquefois indemne de toute efflorescence jusqu'au moment de l'apparition du purpura.

Ce purpura se montre très peu de temps après l'éruption scarlatiniforme ; il consiste en pétéchies de toutes formes et de toutes dimensions et présentant une coloration violacée livide.

Elles débutent par la région péri-ombillcale (Hébra). Je les ai vues débuter par la région inguinale où elles se mêlaient aux taches de *rash* sans se confondre avec elles au moins au début. Les pétéchies s'étendent ensuite très rapidement sur toute la surface du corps. Leur nombre est essentiellement variable ; tantôt discrètes, clair-semées, elles laissent entre elles d'assez grandes surfaces de peau absolument saine ; tantôt, au contraire, elles sont confluentes et se fusionnent au point de donner à la peau une coloration presque uniformément noire. Au purpura succèdent des épistaxis; des ecchymoses de la conjonctive, des hématuries, des métrorrhagies chez la femme ; l'urine est, d'ailleurs, peu abondante et du sang est mélangé aux déjections involontaires. Les vomissements, qui étaient d'abord bilieux, peuvent devenir sanglants. Les crachats sont aussi teintés de sang, la langue et les lèvres recouvertes de croûtes noirâtres, formées surtout de sang desséché.

Les symptômes généraux se sont encore aggravés, le malade perd conscience de lui-même, l'agitation augmente, le pouls devient petit, et on peut à peine les compter; la respiration est précipitée, stertoreuse, gênée par l'hémorrhagie ou la congestion pulmonaire, et la cyanose qui en résulte augmente la coloration pourpre foncée, presque noire, produite par la perte de sang (Hébra).

Bientôt la température du corps descend au-dessous de la normale, le pouls est filiforme et à peine perceptible, le malade, complètement inconscient, ne répond plus à aucun *stimulus*.

Le malade succombe, avant qu'aucune éruption variolique se soit montrée, le second ou le troisième jour de la maladie.

Je dois ajouter pourtant que, dans quelques cas moins foudroyants, on voit apparaître quelques papules pourpres qui n'arrivent jamais à leur complet développement en raison de la terminaison rapidement fatale de la maladie.

Anatomie pathologique. — Lorsqu'on examine le corps d'un malade mort de purpura variolique, on trouve le sang extravasé dans presque tous les tissus et organes : peau, tissu cellulaire, muscles, etc. Les membranes muqueuses et séreuses sont le siége d'ecchymoses analogues à celles de la peau, ecchymoses en cer-

tain point très considérables et s'étendant à travers les tissus sous-muqueux.

On trouve parfois dans le poumon, le foie, la rate, des masses de sang aussi volumineuses que le poing, et l'hémorrhagie a lieu également dans le cerveau et ses membranes, et même entre les os et le périoste. La moëlle des os (côtés, sternum, vertèbres), est rouge foncé, liquide, et contient quelques rares particules blanches solides. Au microscope, on constate une rareté extrême des globules blancs et la plupart sont en dégénérescence graisseuse; les cellules contenant des globules sanguins sont très rares, plus rares encore les cellules géantes avec noyaux bourgeonnants ; en revanche, les globules rouges à noyaux sont très abondants ils ont souvent deux noyaux ou un noyau en voie de scission. Les particules blanches sont composées de graisse et d'éléments conjonctifs. La coupe des os, privés de sel calcaire, montre les vaisseaux sanguins énormément dilatés, et, dans les intervalles, des globules sanguins blancs et rouges avec prédominance notable de ces derniers.

La rate est petite, dure, la capsule est froncée, les trabécules sont bien visibles, les follicules le sont moins; le microscope fait constater peu de cellules lymphatiques, quelques cellules à corpuscules sanguins, bon nombre de globules rouges à noyaux (Golgi, cité par Jaccoud in. *Traité de pathologie interne*, 1883, tome III, p. 488.)

On ne trouve pas dans les organes les infiltrations granuleuses de la variole normale et des autres maladies infectieuses ; on ne trouve pas non plus la tuméfaction trouble des grosses glandes de l'abdomen ; celles-ci sont, au contraire, remarquablement dures et foncées (Ponfick, cité par Jaccoud, *loc. cit.*).

Le sang est sale, d'un noir brunâtre, peu coagulable ; il imbibe fortement la membrane interne du cœur et des vaisseaux. Les gaz du sang sont diminués de moitié, la quantité de fibrine considérament abaissée, les globules sanguins sont déformés, crénelés, et ont perdu la propriété de fixer l'oxygène ; on rencontre de bacteries en grand nombre (Brouardel).

Diagnostic. — Le diagnostic du purpura variolique est ordi-

nairement facile dès son apparition en temps d'épidémie de variole.

S'il s'agit d'un cas isolé ou qui se présente au début d'une épidémie, le diagnostic pourra être incertain ou même impossible.

Supposons d'abord qu'il s'agisse d'un cas se produisant pendant une épidémie variolique.

Avec quoi pourrait-on confondre ce purpura *fébrile* ?

Avec le *rash* purpuroïde ou avec le *rash* purpurique localisé, et seulement avec ces manifestations cutanées.

Dans ces divers cas, en effet, on trouve au début les mêmes phénomènes généraux. Les caractères objectifs, plus accentués, il est vrai, dans le cas de purpura variolique, pourront seuls nous mettre sur la voie du diagnostic.

Le *rash* purpuroïde, qui n'est qu'une variété du *rash* scarlatiniforme, ainsi que je l'ai dit plus haut, accompagne le *rash* scarlatiniforme localisé ou général ; il est caractérisé par des taches ecchymotiques de petites dimensions, sans tendance à l'extension et qui ne paraissent jamais en dehors du terrain occupé par le *rash* scarlatiniforme.

Le *rash* purpurique localisé n'occupe, ainsi que l'indique son nom, qu'une région déterminée, région inguinale, il n'a pas de tendance à la généralisation et n'est qu'un degré un peu plus avancé du *rash* précédent.

Le purpura variolique, au contraire, peut se montrer seul ou mêlé au *rash* scarlatiniforme ; les taches ecchymotiques sont plus larges ; les unes sont pointillées, mais les autres forment des ecchymoses étendues ; elles paraissent non-seulement sur le fond scarlatiniforme, mais aussi dans les espaces de peau saine.

Ainsi, localisation et fixité dans les *rash* purpuroïde et purpurique localisé ; extension rapide et généralisation dans le purpura variolique.

Je ne chercherai pas à distinguer le purpura variolique du *rash* purpurique de M. Legroux ; ces deux lésions me paraissent être identiques, il suffit de lire les descriptions de ces deux ordres de faits pour se convaincre de leur identité. D'ailleurs, M. Legroux ajoute : « ..... Tandis que le *rash* purpurin est l'indice de la va-

riole hémorrhagique, et s'accompagne toujours d'hémorrhagies par les muqueuses, d'albuminurie et d'une dépression du pouls et de la température très appréciable; » et plus loin « le *rash* purpurique indique la variole hémorrhagique et la mort prochaine. » D'autre part, M. Jaccoud s'exprime ainsi, sur le *rash* hémorrhagique généralisé : « ..... Il en est autrement du *rash* hémorrhagique généralisé *qui n'est point un rash à proprement parler* ; il est composé d'un mélange de plaques et de taches sanguines qui occupent, sans distinction de siège, une plus ou moins grande partie du corps; les taches ont souvent la lividité des pétéchies proprement dites, et cet accident, qui implique soit une dissolution globulaire du sang, soit une dégénérescence aiguë des capillaires, est d'un pronostic inexorable; il annonce la variole hémorrhagique d'emblée (*purpura variolosa* de Kaposi et des écrivains allemands récents); souvent même la mort a lieu avant que l'éruption ait pu s'accuser autrement que par quelques vésicules sanguinolentes affaissées (*loc. cit.*, p. 497).

Ainsi, il me paraît évident que le prétendu *rash* purpurique de M. Legroux constitue, lorsqu'il est généralisé, un véritable purpura ; le nom de *rash* ne paraît pas convenir aux accidents qu'il désigne sous ce nom.

D'autre part, M. Barthélemy, en prenant pour type des *rash* hémorrhagiques, le *rash* scarlatiniforme me paraît être resté en deçà de la vérité, tandis que M. Legroux est allé au-delà.

Je croirais volontiers que le type des *rash* hémorrhagiques est le *rash* purpuroïde de M. Huchard, ou encore le *rash* purpurique localisé.

En précisant ainsi la question, on peut admettre, je crois, la proposition suivante de M. Barthélemy : « Pour nous, la valeur pronostique du *rash* est nulle » (*loc. cit.*, p. 151).

Après cette longue disgression, qui m'a paru essentielle, je reprends la question du diagnostic.

La transition entre les *rash* purpuroïde, purpurique localisé et le purpura variolique proprement dit, pouvant être insensible, l'hésitation est possible au début; mais elle ne saurait être de longue durée; bientôt, en effet, les hémorrhagies viscérales, les

suffusions sous-conjonctivales vont préciser le diagnostic. L'état général nous donnera d'ailleurs de précieux renseignements; tandis que dans les cas de *rash* une sorte d'accalmie annonce l'éruption variolique, dans les cas de purpura variolique au contraire, l'état général se maintient très mauvais et même s'aggrave au moment où l'éruption devrait se faire, ou lorsque par exception elle se produit.

En dehors d'une épidémie, le diagnostic est beaucoup plus difficile. Le purpura bien reconnu, sous quelle influence s'est-il produit? S'agit-il d'une variole, d'une scarlatine maligne, d'un de ces purpuras infectieux innominés dont parle M. Mathieu?

Il faut d'abord s'enquérir, avec la plus grande attention, du contact possible du malade avec une personne atteinte d'une de ces maladies contagieuses, ou bien de la coexistence dans le lieu de l'observation de quelque cas sporadique d'une de ces affections. Si la rachialgie se produit, il est probable qu'on a affaire à un purpura variolique; dans certains cas, l'apparition de quelques papules ombiliquées, viendra trancher la question. Enfin, le diagnostic ne pourra parfois être fait qu'après la mort du malade.

Golgi et Ponfick insistent, en effet, sur le diagnostic *post mortem* du purpura variolique; ils se basent sur les lésions de la rate et de la moëlle des os, lésions très nettes, caractéristiques et qui seraient d'un grand secours dans les cas douteux. J'ai déjà décrit ces lésions.

Je rappellerai enfin que, dans quelques cas, le purpura variolique a été la première manifestation d'une épidémie ou que le contact du malade atteint de purpura avec une personne saine, a donné lieu chez cette dernière à l'apparition d'une variole normale. Il est certain qu'alors le diagnostic *post mortem* ne saurait être douteux.

Pronostic. — C'est du purpura variolique que l'on a pu dire: « C'est la mort sans phases. »

J'ai déjà dit qu'elle survient ordinairement le troisième ou le quatrième jour, généralement le troisième. Ce pronostic fatal, inexorable, contraste singulièrement avec celui des *rash*, même lorsqu'il s'agit du *rash* purpurique localisé.

On voit que le médecin a tout intérêt à faire de bonne heure le diagnostic pour ne pas s'exposer à de graves déceptions.

Je dois ajouter que tous les auteurs ne sont pas aussi optimistes que M. Barthéleiny, et que les professeurs Hébra, Jaccoud, etc. ; envisagent le *rash* purpurique localisé avec une certaine inquiétude.

J'ajouterai encore que le docteur Schranck, de Josefstadt, considère le purpura variolique comme étant la *seule* forme de variole inévitablement mortelle.

Etiologie. — L'étiologie du purpura variolique est fort difficile à établir. D'où viennent la rapidité, la gravité des accidents dans cette affection.

Le virus a-t-il une nocuité particulière, ou bien serait-ce la nature du terrain sur lequel il évolue qui peut expliquer cette marche foudroyante? Ce sont là autant d'inconnues qui exerceront longtemps encore la sagacité des observateurs.

Quelques auteurs se demandent si la cause du purpura variolique est la même que celle de la variole (Ponfick)?

D'autres auteurs (Schrank), séparant nettement ce purpura de variole hémorrhagique proprement dite, affirment qu'il s'agit là d'une forme particulière de la variole, qui diffère autant de la variole ordinaire que celle-ci diffère de la varicelle. Ils avouent, d'ailleurs, que les conditions étiologiques sont difficiles à déterminer, tandis que celles de la variole hémorrhagique consisteraient dans les mauvaises conditions hygiéniques ou dans une tendance à l'hémophilie créée par l'âge ou la constitution du sujet.

La plupart des auteurs (Jaccoud, Barthélemy) affirment catégoriquement l'unité du poison ; ils invoquent donc, pour expliquer la diversité des faits, la prolifération rapide du virus et la disposition exceptionnellement fâcheuse du malade (Barthélemy). Jaccoud fait observer que la forme la plus légère peut transmettre la plus intense. « Tous les hommes, dit spirituellement Ricord, ne sont pas égaux devant la contagion. »

Mais on peut faire de nombreuses objections à cette question du terrain : pourquoi les épidémies qui ont frappé certaines populations (îles Sandwich, tribus de l'Amérique du Sud, épidémie des

Esquimaux, Paris, Jardin d'acclimatation) ont-elles été si meurtrières? On ne peut pas dire que tous les indigènes des îles Sandwich, par exemple, fussent en état de débilitation; on objectera peut-être que les indigènes n'étaient pas vaccinés. Mais des cas de variole légère, quoique plus rares qu'aujourd'hui, se montraient en Europe avant la vaccination. Faut-il admettre avec Broca (*Acad. de méd.*, 18 mai 1880) une sorte d'immunité relative tenant à ce que nos ancêtres ont eu la variole? Comment expliquer le cas du malade de M. Rathery, qui, quoique sujet à de fréquentes poussées de purpura, n'a eu qu'une varioloïde sans complications hémorrhagiques. Ou bien, en acceptant la théorie parasitaire de la variole, faut-il admettre la présence simultanée de deux parasites, ajoutant leur action nocive pour produire des effets aussi prompts et aussi funestes ?

Cette explication paraît d'autant moins admissible que le même micro-organisme peut se retrouver dans des affections aussi dissemblables au point de vue de la gravité que le sont la variole et la vaccine.

L'identité du microbe de ces deux maladies a été démontrée par Cohn, Weigert, Leber, et, plus récemment, par MM. Cornil et Babes (*Soc. méd. des hôp.*, 10 août 1883). On le voit, la question est loin d'être résolue.

Traitement. — Les divers traitements que l'on a préconisés contre cetie redoutable affection sont tous restés sans résultat. On a employé tour à tour les purgatifs, les toniques (vin, quinquina), les acides minéraux, le camphre à l'intérieur (Fouquet, Sydenham, Rayer), la saignée, etc.

Je donne ici le traitement indiqué tout récemment dans les *Anales del Circulo medico argentino*.

« La variole noire et le purpura sont les deux plus grandes complications de cette terrible maladie, et celles qui font le plus de victimes dans l'épidémie actuelle. Les malades sont voués à une mort certaine, et de tout temps l'attention des médecins a été préoccupée de trouver un agent thérapeutique susceptible d'atténuer les effets de la variole noire et du purpura. Tous les astringents, tous les antiseptiques ont été essayés en de nombreuses

occasions. L'acide phénique, la médication éthérée-opiacée, la pilocarpine, le jaborandi, l'ergotine, les bains prolongés n'ont pas donné les résultats qu'on pouvait en attendre.

M. le docteur Jenna, de Buenos-Ayres, a imaginé de traiter la variole noire par l'essence de térébenthine, et en a déjà obtenu trois cas de guérison : un jeune homme, une femme tuberculeuse et un vieillard de 68 ans.

Conjointement avec le jaborandi ou la pilocarpine, les malades consommaient 6 grammes au plus d'essence de térébenthine en 24 heures. L'essence de térébenthine administrée à l'intérieur supprime l'hématurie qui, dans la plupart des cas observés, est le premier symptôme hémorrhagique de la variole noire et du purpura.

S'il y a hématémèse ou intolérance gastrique, on donne de la glace, ou ce qui est préférable une infusion de jaborandi glacée.

Une maladie d'aussi courte durée, exige naturellement que le traitement soit commencé aussitôt que possible, et dès que le diagnostic est évident, sans attendre les autres caractères si marqués de cette affection.

Chez beaucoup de malades, on a obtenu l'arrêt des pertes par l'administration de la térébenthine et on a pu prolonger la vie jusqu'à la période de desmaquation, mais presque tous mouraient de pneumonie hypostatique.

Cette complication fatale s'observe fréquemment à la suite de toutes les formes de variole, quelques bénignes qu'elles soient; la position contribuant, en effet, à ces congestions précoces et presque toujours terminales de la forme hémorrhagique. Dans le cas de guérison, les malades ont continué le traitement, en diminuant, jusqu'à la convalescence. Il est curieux d'observer alors la marche de l'éruption qui, sans s'être faite d'une façon convenable, se dessèche lentement et s'exfolie presque sans laisser de cicatrices.

La formule usitée est la suivante :

Emulsion gommée.....	120	grammes.
Essence de térébenthine.....	6	—
Sirop de groseille.....	30	—
Essence de menthe.....	1	goutte

par cuillerées toutes les heures.

On peut également donner l'essence de térébenthine en perles. »

On s'étonnera peut-être du nom de purpura *variolique* sous lequel je désigne la plupart des accidents rapportés dans les observations suivantes.

Cette dénomination m'a été pour ainsi dire imposée par la discussion des faits et les opinions des auteurs.

Il est certain que les cas dont je donne la relation pourraient porter le nom de variole hémorrhagique d'emblée, mais il m'a semblé qu'il s'agissait là d'un empoisonnement suraigu différent à quelques points de vue de ce que certains auteurs désignent sous ce nom. Jaccoud dit en effet : « Tout en se *faisant au jour voulu* et *avec la rapidité convenable*, l'éruption peut présenter, *dès son apparition*, un caractère particulier qui présage une mort prochaine ; les macules sont pétéchiales, plus tard les vésicules sont remplies de sérosité sanguinolente, il s'agit alors de la variole hémorrhagique d'emblée, cette variole ne doit pas être confondue avec la variole qui ne devient hémorrhagique qu'à la période de suppuration ; elle est souvent précédée *mais non toujours du rash hémorrhagique dont il a été question*, et elle tue plus certainement encore que la variole hémorrhagique secondaire ; elle coïncide ordinairement, dès l'apparition des macules, avec les hématuries, des hémoptisies ou quelque autre hémorrhagie.

C'est chez les sujets cachectiques, chez ceux dont l'organisme est altéré par de mauvaises conditions de vie, qu'on observe cette forme redoutable qui peut être discrète ou confluente. »

Il me paraît évident d'après ce passage que les accidents de la variole hémorrhagique d'emblée *coïncident* avec l'apparition des papules, tandis que les accidents du purpura variolique *précèdent* cette même éruption et ne lui permettent presque jamais de se produire.

Il m'a donc paru convenable d'adopter la terminologie de Kaposi, de Schranck, de Neumann, etc., qui me semble être précise et répondre exactement à la réalité des faits.

Il y aurait donc lieu de distinguer, je crois :

1° Le purpura variolique (il précède l'éruption) ;

2° La variole hémorrhagique d'emblée (elle coïncide avec l'éruption) ;

3° La variole hémorrhagique secondaire (elle coïncide avec la suppuration).

L'adoption de cette division aurait pour avantage de réunir sous un même terme des faits que certains auteurs, M. Legroux par exemple, classent parmi les *rash*, tandis que la plupart des autres les confondent dans une même description avec les accidents de la période éruptive.

Faut-il, à l'exemple de Ponfick, voir dans la variole hémorrhagique, surtout dans sa première forme (*purpura variolosa*), une maladie distincte de la variole normale ? Existe-t-il même entre ce purpura variolosa et la variole hémorrhagique proprement dite (avec ses deux variétés), la même différence qu'entre la variole et la varicèle ? Je ne le pense pas.

Je crois donc que ce terme n'a d'autre avantage que de fixer nettement l'esprit sur la nature et l'époque des accidents, et d'éviter par conséquent toute équivoque. Cet avantage me paraît pourtant suffisant pour en justifier l'adoption.

Je dirai donc en manière de conclusion :

1° Les *rash* hyperhémiques n'ont aucune signification fâcheuse ;

2° Les *rash* hémorrhagiques localisés, sans être d'un pronostic grave, doivent faire naître quelques craintes dans l'esprit du médecin ;

3° Le purpura variolosa (*rash* hémorrhagique généralisé de quelques auteurs) est fatalement mortel ;

4° Le purpura variolosa répond à la période d'invasion de la variole ;

5° La variole hémorrhagique d'emblée répond à la période d'éruption ;

6° La variole hémorrhagique secondaire répond à la période de suppuration ;

7° Ces deux dernières formes seraient moins fatalement mortelles que la première.

OBSERVATIONS

OBSERVATION I (PERSONNELLE)

Boquet (Victorine), 32 ans, célibataire, vaccinée dans son enfance, non revaccinée. Cette malade habitait dans le quartier Saint-Cyprien au moment où l'épidémie était à son maximum d'intensité. Elle habitait dans une maison où plusieurs cas de variole s'étaient produits. La malade est d'une constitution robuste : pas d'antécédents héréditaires, pas de maladies antérieures. Dans la journée du 19 avril 1883, la malade est prise d'un malaise très accentué ; elle est obligée de s'aliter presque aussitôt, une fièvre intense se déclare, bientôt suivie de vomissements d'abord alimentaires, puis bilieux. La nuit du 19 au 20 est très agitée. Vers minuit une rachialgie intense se produit ; la malade pousse des cris de douleur, la céphalalgie est très accentuée. Le médecin appelé ordonne une potion opiacée.

Dans la journée du 20, l'état général reste à peu près le même, le médecin traitant conseille le transport de la malade à l'Hôtel-Dieu.

Elle entre dans le service de M. le docteur André, le 20, à 8 heures du soir. Son état d'agitation est extrême, la fièvre est toujours très élevée (41 degrés). La malade interrogée par l'interne de garde ne fait que des réponses entrecoupées par les cris violents que lui arrache sa douleur lombaire ; les vomissements sont incessants, les matières vomies consistent en un liquide fortement teinté de sang ; la malade, assise sur son lit, saisissant violemment les objets de literie, réclame avec instance une intervention médicale immédiate ; son état de surexcitation est tel qu'on la croirait en proie au délire. Deux injections de morphine sont pratiquées dans la région lombaire, elles ne produisent aucun résultat.

Vers dix heures une sorte d'accalmie se produit, interrompue de temps en temps par des efforts de vomissements.

Bientôt la malade tombe dans l'abattement. L'inspection de la surface cutanée fait découvrir sur toute la surface du corps de nom-

breuses ecchymoses de diamètres divers; les plus larges ne dépassent pas l'étendue d'une pièce de un franc. Bientôt un écoulement de sang se produit par la vulve. La malade ne répond plus aux questions qui lui sont adressées, la déglutition est devenue très difficile, d'ailleurs les liquides ingérés sont presque aussitôt rejetés. Vers minuit, la malade tombe dans le coma le plus complet. Les extrémités se refroidissent. Mort à six heures du matin.

Autopsie. — La peau est recouverte de très nombreuses ecchymoses de grand diamètre dans certaines parties du corps, notamment aux membres inférieurs; elles se fusionnent entre elles : vu à quelques mètres de distance, le corps paraît absolument noir. La face est la partie la moins atteinte. Les ecchymoses occupent non seulement la peau mais le tissu cellulaire sous-cutané. On en trouve aussi dans l'épaisseur des muscles de l'abdomen. La partie inférieure de l'œsophage, l'estomac, surtout la grande courbure, le duodénum et tout le tube intestinal sont parsemés de pétéchies et d'ecchymoses très rapprochées les unes des autres. Les coupes de l'estomac montrent que ces ecchymoses répondent à de petits foyers sanguins assez diffus sur leurs bords. Tous les viscères abdominaux sont le siège d'une congestion intense; la rate est dure; on ne trouve pas de foyer sanguin dans son épaisseur, non plus que dans l'épaisseur du foie; à la face supérieure de celui-ci on trouve quelques taches peu étendues.

La coupe du rein ne fait découvrir qu'une forte injection; néanmoins on aperçoit à la face interne du bassinet quelques légères hémorrhagies. L'utérus, dont la cavité est remplie de sang noir et semi-liquide, offre une muqueuse friable qui contraste avec la dureté de ses parois.

La surface du poumon est parsemée de taches dont le diamètre ne dépasse pas quatre millimètres : pas d'épanchement pleurétique, pas d'hémorrhagie pulmonaire, simple congestion. A la surface du péricarde viscéral un pointillé fin peu serré. Pas d'ecchymoses sous l'endocarde. Le sang contenu dans les cavités du cœur est très noir. Quelques caillots dans le ventricule droit.

L'ouverture du crâne n'a pu être faite.

OBSERVATION II (personnelle)

Maria G., 18 ans, célibataire, vaccinée dans son enfance, non revaccinée. Cette jeune fille avait habité dans une maison religieuse

où quatorze cas de variole se produisirent dans l'espace de deux jours.

Bonne santé habituelle. Le 13 juin 1883, la malade est prise de frissons, de céphalalgie ; de fièvre intense ; épistaxis. Elle entre à l'Hôtel-Dieu le 14. Rachialgie assez accentuee, sensation d'étouffement; la malade s'agite beaucoup dans son lit; la température est à 40 degrés ; vomissements rares, simplement bileux. Dans la soirée, quelques ecchymoses disséminées sur l'abdomen, les membres inférieurs et la poitrine ; ecchymoses sous-conjonctivales. Le 15, prostration considérable. La malade est étrangère à ce qui l'entoure. Le 15 au soir, mort.

OBSERVATION III (PERSONNELLE)

Commingel (Caroline), 61 ans, journalière, veuve. Cette femme, qui habite ordinairement Saint-Girons (Ariège), est venue à Toulouse, il y a trois semaines environ, pour y soigner sa fille, qui habite au quartier Saint-Cyprien, dans une maison où de nombreux cas de variole se sont produits. Ces varioles ont d'ailleurs été normales. La fille est guérie depuis deux ou trois jours à peine, lorsque la mère ressent les premières atteintes du mal. Le 26 avril, sensation de courbature, céphalalgie, rachialgie intense. Dans la nuit du 26 au 27, la malade a une épistaxis, elle est plongée dans un demi-sommeil interrompu par des cauchemars. Le 27 au matin, la rachialgie s'accentue, la fièvre est peu intense. Le médecin traitant ordonne une potion stimulante. Même état dans la journée. Dans la nuit du 27 au 28, on remarque sur la surface cutanée quelques taches noires qui effrayent beaucoup la famille. Le 28 au soir, la malade est transportée à l'Hôtel-Dieu. A son entrée, elle est plongée dans un état de stupeur complète et ne répond à uncune des questions qui lui sont posées. Les taches sont plus grandes, assez rares, excepté à la face antérieure des cuisses; on n'en observe pas à la face; la respiration est stertoreuse comme dans l'hémorrhagie cérébrale. Le 29 au matin, l'état ne s'est guère modifié : la langue, les lèvres. les gencives sont fulgineuses, recouvertes de croûtes formées de sang desséché.

Une hémorrhagie vulvaire se produit. Déjection alvines sanguinolentes; la respiration est devenue très faible, entrecoupée par des soupirs bruyants.

Dans l'après-midi, un gargouillement très marqué se fait entendre

dans la trachée; la malade, d'ailleurs, ne peut expectorer. La température, qui s'est toujours maintenue au-dessous de 38 degrés, descend de plus en plus.

Mort dans la soirée du 29.

OBSERVATION IV.

Recueillie par M. Lafont, interne des hôpitaux de Toulouse.

Maylen (Auguste), âgé de 21 ans, à Toulouse depuis un mois seulement, entre à l'Hôtel-Dieu, salle Notre-Dame, lit n° 60, le 13 octobre 1883.

Ce jeune homme présente comme phénomènes extérieurs un abattement profond et des taches nombreuses de purpura dans les régions inguino-crurales. Malade seulement depuis quelques jours, il éprouvait de la lassitude, des douleurs vagues généralisées, des nausées fréquentes. En ce moment il accuse une céphalalgie fort vive et des douleurs lombaires très intenses. Anorexie complète, soif ardente, constipation; vomissements bilieux dans la journée. La langue est desséchée et rugueuse; la muqueuse buccale est injectée et parsemée de points blanchâtres. Le ventre est douloureux à la pression et légèrement météorisé. La peau est sèche, le pouls accéléré, le cœur bat avec force et tumultueusement. Pas d'épistaxis ni d'hématémèse; pas d'urines sanguinolentes; température, soir, 39°1. Le 14, matin 39°; soir 40°2. Même état général grave; les taches de purpura ont gagné les parties voisines, l'abdomen et le thorax, toute la partie antérieure des cuisses et les membres supérieurs jusqu'au milieu de l'avant-bras; ecchymoses sous-conjonctivales. Boissons rafraîchissantes, sulfate de quinine.

Le 15 matin, 39°4, pas de changement dans l'état du malade. La nuit s'est passée sans sommeil. Pas de délire. Deux ou trois papules de variole sont remarquées à la face.

Le soir, à la contre-visite, 40° 7. La figure de ce jeune homme jusqu'à ce jour très pâle, a pris une teinte violacée assez sombre. La prostration est considérable, la faiblesse extrême.

Mort à dix heures du soir.

Autopsie (personnlle). — Les taches de purpura se sont fusionnées et forment une nappe uniformément violacée. Le sang est noir, poisseux. — A l'ouverture du thorax, on constate de nombreuses ecchymoses sous-pleurales, ainsi qu'à la face interne de la paroi

costale. Le cœur présente un aspect absolument tigré. La coupe du diaphragme est d'une couleur noire et laisse voir des foyers sanguins assez considérables. Le foie est très congestionné, augmenté de volume et de consistance, surtout le lobe gauche. La rate est très volumineuse (*15 centimètres de hauteur, 10 centimètres de largeur*), et très dure au toucher. Ecchymoses dans le tissu cellulaire périrénal; les bassinets présentent des caillots sanguins noirâtres. — La muqueuse stomacale est parsemée d'ecchymoses nombreuses de la grosseur d'une lentille, le reste du tube digestif n'en présente aucune. L'ouverture du crâne n'a pu être faite.

Je dois signaler ici un fait qui, quoique étranger à la question qui nous occupe, m'a paru fort intéressant :

Le rein droit du sujet, dont je viens de relater l'autopsie, se trouvait placé et parfaitement fixé au niveau de la symphyse sacro-iliaque droite. Le rein était d'un petit volume, trilobé, le hile regardait en dehors, l'artère émulgente venait de l'iliaque primitive, la veine du même nom se rendait dans la veine iliaque primitive. Elles étaient l'une et l'autre excessivement courtes. La capsule surrénale était d'un volume considérable.

OBSERVATION V

M. le docteur Bezy a bien voulu me donner l'observation suivante :

Le 24 mai 1883, je fus appelé, comme médecin du bureau de bienfaisance, auprès de la dame Géraud, demeurant à Toulouse, rue de la Providence, 46, dans une maison infecte, et dans un quartier où la variole sévissait alors avec fureur. Cette femme est âgée de 40 ans, robuste; pas d'antécédents morbides. Elle travaille pour gagner sa vie et se nourrit mal, mais elle a, malgré cela, les apparences d'une robuste santé. Elle s'est en effet bien portée jusqu'à ce jour, et elle a été retenue le matin au lit par un fort mal aux reins. La langue est blanche, épaisse ; la fièvre est intense. Constipation; les règles sont attendues pour le jour même ou le lendemain. Etant donné l'état épidémique du quartier et les symptômes (douleurs lombaires, nausées, fièvre), je crus devoir faire part à la famille de mes craintes au sujet d'une variole. Ses enfants et son père qui habitent avec elle sont éloignés. Je me demandais cependant si ces phénomènes ne pourraient être attribués à de la dysménorrhée.

Le 25, l'état est le même, les règles ont paru, mais les douleurs lombaires et les autres phénomènes sont aussi accentués. En insistant, nous apprenons de la malade qu'elle éprouvait un léger malaise depuis quelques jours. Les recherches les plus minutieuses ne nous révèlent cependant aucun bouton. Je me borne à l'expectation armée, et j'ordonne un lavement simple, tâchant en même temps d'amener l'apparition des phénomènes cutanés par des infusions de sassafras, et de calmer la douleur avec une légère dose de bromure de potassium. Le 26, pas de modification. Je ne vois pourtant aucune trace d'éruption. Même traitement. Le soir du même jour (*26 mai*), on vient me chercher à 11 heures, la malade ayant été prise subitement d'accidents inquiétants. Je la trouve étendue sur son lit, presque sans connaissance, présentant des taches ecchymotiques violacées en différents points du corps, spécialement au niveau des paupières inférieures. La malade meurt peu de temps après.

OBSERVATION VI.

Je dois cette observation ainsi que la suivante à M. le docteur Jougla.

J. N., âgée de 36 ans, vaccinée dans son enfance, non revaccinée, demeurant rue des Trois-Banquets (quartier d'Arnaud-Bernard), dans une maison où avaient été constatés déjà de nombreux cas de variole, est prise, le 26 septembre, d'un violent point de côté, à droite. La douleur éprouvée par la malade ressemble tout à fait à la douleur que détermine si souvent dans cette région une pneumonie ou une pleurésie. Elle en détermine très nettement les caractères et en précise le siège si bien que l'examen de la poitrine est fait minutieusement. Il ne donne aucun résultat. La malade se plaint, en outre, de céphalalgie; la fièvre est très modérée. Rien ailleurs.

Le lendemain, des vomissements surviennent; la malade vomit devant nous des mucosités. Les personnes qui l'entourent nous racontent qu'elle vomit la tisane, le bouillon et tout ce qu'elle prend.

Sous l'influence d'un cataplasme sinapisé, pense-t-elle, la douleur s'est déplacée; elle occupe la région du rachis. — Fièvre très vive. Face rouge, vultueuse. — Prescription : potion de Rivière, boissons chaudes; bouillon et vin.

Le 27, la malade a complètement changé d'aspect : la face, dans sa partie supérieure, est le siège d'un énorme gonflement qui occupe la région frontale, descend sur la paupière et à la racine du nez. La

peau est ecchymotique, noire plutôt que rouge. Interrogée sur la cause de cet incident, la malade raconte qu'en vomissant elle a heurté le vase dans lequel étaient reçues les matières. Le gonflement serait survenu immédiatement après.

La face, dans la partie non œdématiée, est couverte de pétéchies nombreuses, sans aucune papule; il en est de même à l'aisselle, sur la partie supérieure de la poitrine et aux bras; rien ailleurs. — Une perte rouge abondante est survenue dans la nuit. — Prescription : macération de quinquina, coupée avec moitié lait; julep gommeux avec vingt gouttes de perchlorure de fer. Le soir, l'état a encore empiré. Les pétéchies ont gagné le ventre et les cuisses; le pouls est faible; la perte rouge augmente. — Sur la face, le gonflement s'est accru; on sent une fluctuation manifeste. — Entre les pétéchies, autour du menton, quelques papules rouges, d'un très petit diamètre, fort peu nombreuses. Même remarque sur le bras droit. — Prescription *ut supra* avec adjonction d'une potion à l'extrait thébaïque, deux centigrammes. — La malade parle d'une voix saccadée qui indique la venue du délire dans la nuit.

Le 28 septembre, la nuit a été très mauvaise; en proie à un délire violent, la malade voulait se lever pour se livrer à ses occupations habituelles. La perte augmente dans des proportions telles que le lit est entièrement baigné de sang. La face conserve le même aspect; les papules y sont plus nombreuses, mais celles constatées hier n'ont fait aucun progrès. Le ventre est entièrement noir, surtout au niveau de la partie inférieure. Toutes les pétéchies se touchent, et le doigt promené sur la peau ne produit aucune décoloration sur ce point.

La faiblesse est extrême, le pouls à peine perceptible, la voix cassée, éteinte; la respiration courte. Une sorte de marmotement indistinct suit la réponse aux questions posées.

La mort survient dans la journée.

OBSERVATION VII

Mlle P., âgée de 24 ans, vaccinée dès son enfance, non revaccinée, habitant rue du Rempart-Saint-Etienne, a été prise le 23 octobre de vomissements fréquents, qu'elle attribue à son corset trop serré la veille pour essayer son costume de mariée. Les vomissements persistant le lendemain 24, la famille me fait appeler. Je trouve Mlle P.

levée; elle continue à vomir depuis le matin, mais elle ne se sent nullement malade et refuse de se mettre au lit. Le pouls est fréquent, fort; la température de la peau médiocrement élevée. Pas de douleurs nulle part ailleurs qu'à l'estomac. Je prescris une limonade au citrate de magnésie pour le lendemain et recommande de prendre le lit pour peu que la fièvre augmente ; on devra, dans ce cas, attendre ma visite avant de donner la purgation.

Le lendemain les vomissements continuent, mais moins fréquents ; la fièvre est vive sans grande chaleur à la peau. Un peu de céphalalgie, pas de douleur rachialgique. Lait, bouillon et vin.

Le 26, la situation a totalement changé; la fièvre est extrême, l'état général tout entier a empiré. Ce qui frappe surtout, c'est une rougeur très marquée de la face et des mains, sans pétéchies ni papules. Prescription : Julep, perchlorure de fer, 20 gouttes; potion avec extrait thébaïque.

Le 29, même état général ; la rougeur s'est étendue sur tout le tronc sans cesser sur la face et les mains. Mais sur le ventre et le dos de nombreuses pétéchies se remarquent sur le fond uniformément rouge. Les vomissements ont cessé. Je préviens la famille du danger imminent et je déclare que si l'éruption variolique ne se fait pas à brève échéance, la mort est à redouter.

Dans la nuit, on vient me chercher, parce que Mlle P. étouffe. Je me rends auprès d'elle et suis surpris de l'intensité de cette dyspnée extrême, qui a commencé dans la soirée de la veille. La malade déclare qu'elle ne peut plus respirer. Ses yeux sont hagards, la face, de rouge, est devenue noire. Quelques instants après mon arrivée, la respiration s'embarrasse davantage, et en moins de cinq minutes la malade meurt.

OBSERVATION VIII

Prise dans le service de M. le docteur Jougla, par M. Chabaud, interne du service.

B. Marie, 19 ans, syphilis, alcoolisme, entrée le 5 août 1883, avec tous les prodromes de la variole. L'éruption manque ; on peut cependant la soupçonner en quelques endroits de la face. Dans la nuit, délire violent.

Le 6, le délire continue ; des taches de purpura apparaissent aux membres et sur le tronc ; métrorrhagie, épistaxis ; la face est cyanosée ; température, 40°,6.

Le 7, délire ; pas plus d'éruption qu'au premier jour ; les taches de purpura augmentent en nombre et en surface ; le soir, expulsion de la muqueuse utérine. La prostration succède au délire ; la malade meurt dans la nuit.

Cette malade avait été vaccinée dans son enfance et portait à la face des traces non équivoques d'une variole qu'elle avait eue en 1877.

OBSERVATION IX

Même origine que la précédente.

B. Marie, 77 ans, demenrant à Saint-Cyprien, entrée le 12 juillet. A son entrée, tous les symptômes de la variole, moins l'éruption, qui est remplacée par de nombreuses taches de purpura. Délire.

Du 13 au 14, quelques papules discrètes se forment pour sècher rapidement ; le 16, le purpura fait des progrès.

La malade meurt le 17.

OBSERVATION X

Communiquée par M. le docteur Bouissou.

B., magistrat, 38 ans. Depuis quelques jours déjà, le malade était mal en train. Une purgation était restée sans résultat ; l'inappétence persistait. Le 29 novembre 1883, frissons assez violents, céphalalgie, presque pas de fièvre. Le 1er décembre, même état ; le soir, vomissements alimentaires très violents, pas de rachialgie bien accentuée. Le 2, les vomissements ont cessé, mais les crachats sont striés de sang ; le fond de la gorge, très rouge, est probablement l'origine de cette légère hémorrhagie. Prescription : opium, perchlorure de fer, extrait de quinquina. L'auscultation d'ailleurs ne donne pas de résultat. Pas d'épistaxis.

On remarque quelques ecchymoses sous-conjonctivales. Le 3, au soir, les urines du malade sont colorées par du sang de couleur très foncée ; la fièvre est assez vive. Dans la région inguinale, apparition de *rash* scarlatiniforme. Le 4, le malade a une hémathémèse. Le 5, le *rash* s'est compliqué de purpura, qui d'ailleurs se montre dans diverses parties du corps. L'hématurie continue. Le 6, la quantité de sang rendu avec les urines augmente dans des proportions qui effraient beaucoup le malade. Le 7, les urines, très rares, ne contiennent presque plus de sang ; les selles, en revanche, sont sanguinolentes. Le malade a eu des subdelirium dans la

nuit. On remarque de très rares pustules sur la surface cutanée ; ces pustules sont petites, ridées. La température baisse de plus en plus. Dès 9 heures du matin, le malade est plongé dans le coma. A 11 heures du matin, mort.

OBSERVATION XI

Communiquée par M. le docteur Cadène.

Mlle X., 35 ans, rue des Jardins, vaccinée, non revaccinée, antécédents hémophiliques.

Le 12 juin 1883, la malade est prise subitement d'une céphalalgie intense. Dans la soirée, la rachialgie se manifeste, fort vive. Vomissements bilieux. Deux épistaxis.

Le 13, apparition sur l'abdomen de taches de purpura, quelques-unes à la face. Prescription : Perchlorure de fer, extrait de quinquina.

Le 14, métrorrhagie très abondante. Prescription : Ergotine.

Le 15, même état. Un bruit de souffle très intense se fait entendre à la base du cœur. La respiration est courte, inégale. On observe quelques rares papules à la face.

Le 16, hématurie. Dans la soirée, syncope. Mort.

OBSERVATION XII

Communiquée par M. le docteur Rey.

Mlle M., 28 ans, d'une constitution assez débile, mais pas de maladie grave antérieure ; pas d'hémophilie. Nombreux cas de variole dans le quartier.

Le 10 septembre, sensation de malaise, de courbature, inappétence.

Le 11, l'état est à peu près le même ; la fièvre est presque nulle. Etat général d'abattement. Le 12, rachialgie peu intense ; toujours peu de fièvre, agitation. Prescription : Extrait de quinquina.

Le 13, l'accablement a augmenté. La malade, qui n'a pas uriné depuis 24 heures, est sondée ; on retire de la vessie à peine deux cuillerées d'urine fortement chargée de sang. Le médecin porte un pronostic très grave.

Dans la soirée, on mande en toute hâte le médecin, qui constate

un état syncopal ; la poitrine, le ventre, les jambes, présentent des ecchymoses, peu étendues il est vrai, mais assez confluentes. La paupière supérieure des deux côtés est aussi le siège d'une large ecchymose. On observe une suffusion sanguine très manifeste sous la conjonctive oculaire.

Le lendemain, 14, coma, refroidissement. La malade meurt dans la matinée, le corps recouvert de taches qui sont maintenant larges et fusionnées en certains points.

Vu le Doyen,

D. DENUCÉ.

Vu : Bon à imprimer,

Le Président de la Thèse,

Dr ARMAND DE FLEURY.

Vu et permis d'imprimer :

Le Recteur,

H. OUVRÉ.

Bordeaux, le 24 janvier 1884.

QUESTIONS DE THÈSE

Anatomie. — Des glandes salivaires.

Physiologie. — Des mouvements et des bruits du cœur.

Chimie. — Du mercure et des préparations mercurielles.

Histoire naturelle. — Des phénomènes de la fécondation chez les plantes supérieures.

Pathologie externe. — Des tumeurs lacrymales.

Pathologie interne. — Des méthodes physiques d'exploration dans les maladies des voies respiratoires.

Pathologie générale. — Du pronostic, ses bases.

Histologie et anatomie générale. — Du cœur.

Anatomie pathologique. — Anévrysmes.

Médecine opératoire. — Des différentes méthodes du traitement de la cataracte.

Pharmacologie. — Des eaux distillées.

Matière médicale. — Des huiles animales employées en médecine.

Thérapeutique. — De l'emploi thérapeutique de l'iodure de potassium.

Hygiène. — Du sevrage.

Médecine légale. — De l'examen de l'enfant dans les questions d'infanticide.

Accouchements. — Des soins que l'on doit donner à la femme pendant le travail de l'enfantement.

Toulouse, imprimerie Vialelle et Ce, rue Tripière,9